

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra biologie a environmentálních studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Civilizační choroby

Civilization diseases

Denisa Burešová

Vedoucí práce: PhDr. Lucie Hlaváčová, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Biologie, geologie a environmentalistika se zaměřením na
vzdělávání – Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

2018

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Civilizační choroby potvrzuji, že jsem ji vypracoval/a pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Mé poděkování patří PhDr. Lucii Hlaváčové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala.

ANOTACE

Uvedená bakalářská práce se zabývá civilizačními chorobami a jejich charakteristikou. Práce je rozdělena na teoretickou část, ve které jsou popsány a rozlišeny civilizační choroby somatické a psychické. Druhá, výzkumná část zjišťuje, jaké civilizační choroby se mezi širokou veřejností nejčastěji vyskytují a jsou dle jejich názoru nejzávažnější.

KLÍČOVÁ SLOVA

civilizační choroby, kardiovaskulární choroby, diabetes mellitus, osteoporóza, obezita, nádorová onemocnění, alergické choroby, chronický únavový syndrom, poruchy příjmu potravy, deprese, syndrom CAN

ANNOTATION

The following final thesis talks about civilization diseases and their characteristics. The thesis is divided into two parts. In the first one, which is theoretical, there are described the mentioned diseases and they are divided into somatic and psychological. The second, practical part, serves to find out, which of the civilization diseases are the most common among the wide public and which ones are the most serious according to public meaning.

KEYWORDS

civilization diseases, cardiovascular diseases, osteoporosis, obesity, cancer, chronic fatigue syndrome, eating disorders, depression, syndrome CAN

Obsah

ÚVOD	6
1 PŘEHLED CIVILIZAČNÍ CHOROB	7
2 VZNIK A VÝVOJ CIVILIZAČNÍCH CHOROB	8
3 CIVILIZAČNÍ CHOROBY SOMATICKÉ POVAHY	10
3.1 KARDIOVASKULÁRNÍ CHOROBY	10
3.2 HYPERTENZE	12
3.3 INFARKT MYOKARDU	13
3.4 NÁHLÁ MOZKOVÁ PŘÍHODA	15
3.5 METABOLICKÝ SYNDROM	16
3.6 OBEZITA	19
3.7 DIABETES MELLITUS	21
3.7.1 <i>Diabetes mellitus I. typu</i>	23
3.7.2 <i>Diabetes mellitus II. typu</i>	24
3.8 OSTEOPORÓZA	26
3.9 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ	28
3.10 ALERGIE	33
4 CIVILIZAČNÍ CHOROBY PSYCHICKÉ POVAHY	35
4.1 CHRONICKÝ ÚNAVOVÝ SYNDROM	35
4.2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	38
4.2.1 <i>Mentální anorexie</i>	38
4.2.2 <i>Bulimie</i>	39
4.3 DEPRESE	42
4.4 ZNEUŽÍVÁNÍ DĚTI A ADOLESCENTŮ – SYNDROM CAN	45
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	48

5.1	CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	48
5.2	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	48
5.3	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	50
6	DISKUZE	54
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	58
	SEZNAM PŘÍLOH	63

Úvod

Pojem civilizační choroby nás provází již řadu let. Jedná se o choroby, které jakkoli souvisí zpravidla s naším životním stylem. V počátcích bývá náš životní styl jejich hlavní příčinou. Ať už jde o uspěchané životní tempo, stres a s tím související nedostatek odpočinku. Také nevyvážená strava, nedostatek pohybu a mnoho dalšího mohou být důležitými spouštěči různých chorob. Nejprve tedy náš životní styl ovlivní to, že se u nás může určitá choroba objevit, později ovlivňuje právě ona nás. Je tedy nezbytné myslet na to, že zdraví je to nejdůležitější, co máme. Jak uvádí Šťastný (2005) životní styl se na zdraví podepisuje až z 60 %. Neopomenutelnou složkou jsou také genetické dispozice, které se na zdraví podílejí okolo 25 % (Šťastný, 2005).

Cílem uvedené bakalářské práce je představit a charakterizovat základní civilizační choroby. Ve výzkumné části se pak zaměřuji na to, zda a jaké choroby lidé prodělávají nejčastěji. Téma své bakalářské práce jsem si vybrala, jelikož se domnívám, že je nezbytné, aby se tato problematika dostala více do povědomí lidí.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretickou, realizovanou literární rešerší a výzkumnou část. V teoretické části pro lepší orientaci dále rozděluji choroby na somatické a psychické. U obou typů je uvedeno několik vybraných chorob, které považuji za nejběžnější. Zaměřuji se na jejich charakteristiku, příčiny, rizikové faktory, ale i prevenci. Část výzkumná je založena na krátkém dotazníkovém šetření. Výzkum byl prováděn v Nymburce u respondentů ve věku 20-60 let. Poznatky získané výzkumným šetřením jsou uvedeny ve výsledcích šetření a zhodnoceny v diskuzi této práce. V závěru práce pak shrnuji práci jako celek.

1 Přehled civilizační chorob

Mezi civilizační nemoci se běžně řadí všechny možné zdravotní potíže. Jen letmý pohled na různé internetové zdroje dokládá, že se zde zařazují nejen kardiovaskulární choroby nebo nádorová onemocnění, ale také obezita, hypertenze, alergie, cukrovka, astma, artritida, osteoporóza, deprese, Alzheimerova choroba, předčasné stárnutí a mnohé další (Dolina a kol., 2009).

Adámková (2010) se své knize „Civilizační choroby“ věnuje kardiovaskulárním chorobám, diabetu, nádorovým onemocněním, úrazům, infekčním chorobám, únavovému syndrom, psychickým chorobám, nemocem pohybového aparátu a v neposlední řadě také glaukomu, celiakii a menopauze. Jak uvádím výše, ve své práci rozdělují choroby na psychické a somatické pro jejich lepší přehlednost. V tabulce nejsou uvedeny všechny doposud známé civilizační choroby, ale především ty, kterým se ve své práci věnuji a považuji je za nejběžnější, a to díky tomu, že se četně vyskytují v literatuře zabývající se civilizačními chorobami (např. Dolina, 2009; Adámková, 2010).

Tabulka 1: Rozdělení civilizačních chorob

<i>Somatické choroby</i>	<i>Psychické choroby</i>	
Kardiovaskulární choroby	Chronický únavový syndrom	
Obezita	Poruchy příjmu potravy	Anorexie
Diabetes mellitus		Bulimie
Osteoporóza	Deprese	
Nádorová onemocnění	Syndrom CAN	
Alergické choroby		

(Vypracováno samostatně na podkladu informací získaných z *Civilizační choroby* (Adámková, 2010), *Civilizace a choroby* (Dolina, 2009))

2 Vznik a vývoj civilizačních chorob

Choroby, jenž v určitém čase provází každou civilizaci, jsou označovány jako civilizační. Každá civilizace má určité typy a druhy takových chorob (Adámková, 2010).

Důležitými faktory pro výčet těchto chorob je prostředí, ve kterém daná civilizace žije, také životní styl a mnoho dalšího. Existují však i choroby, na jejichž vzniku se z velké části podílí pouze člověk nebo civilizace. Postupem času civilizační choroby prošly určitým vývojem a etiologické poznatky o jednotlivých chorobách se mění a jsou přizpůsobovány stylu života a možnostmi dané společnosti (Adámková, 2010). Každá civilizace řeší aktuální a jí individuální problémy, v důsledku technického, zdravotního, společenského, a jiného rozvoje, a s každou civilizací přicházejí nové choroby, nebo naopak se některé choroby eliminují. V každé společnosti, v každé civilizaci se objevují civilizační choroby pro danou dobu typické. Prostředí spoluutváří lidské životy, a lidé spoluutváří prostředí pro život. Nyní bojujeme s různými civilizačními chorobami, které o něco málo vytlačily průběh a důsledky infekčních chorob, například moru a jiných nemocí, a to díky pokročilejšímu zdravotnickému vybavení, prevenci, a tak dále, se kterými bojovaly předchozí civilizace v našich zemích (Adámková, 2010).

Civilizační choroby představují skupiny chorob, které spolu zdánlivě nesouvisí. Jejich společným ukazatelem je však porucha látkové výměny aminokyselin. Odborně nazývána jako hyperhomocysteinémie, tedy zvýšená koncentrace homocysteinu. Homocystein je látka, která se podílí na vzniku civilizačních chorob. Takový stav vyvolá určitá nutriční porucha. Tou může být nedostatek některých vitamínů řady B nebo nedostatečná funkce enzymů, s nimiž vitamíny spolupracují. Všechny reakce probíhají uvnitř buněk, které se logicky zvýšené hladině homocysteinu brání a uvolňují jej do krevního řečiště. Tímto způsobem se homocystein může dostat i do okolních tkání organismu (Zakuťanská, 2012).

Na vzniku civilizačních chorob má velký podíl vnější, takzvané exogenní prostředí.



Obrázek č. 1: Exogenní rizikové faktory vzniku nemocí. (Zdroj: Veselý, 2012)

Z výše uvedeného obrázku (viz obr. č. 1) vyplývá, že strava má nejvyšší podíl na vzniku civilizačních chorob, až ze 70 %. Dále mají vysoký podíl na vzniku civilizačních chorob tabákové výrobky. Nevhodné je také užívání alkoholu, infekce a sexuální reprodukce. Rizikovým faktorem pro vznik nemocí může být také UV záření.

3 Civilizační choroby somatické povahy

Tato kapitola je věnována somatickým chorobám (viz podkapitola 3.1–3.10). Somatické choroby postihují především tělo a mohou narušovat funkce některých orgánů. Somatická onemocnění jsou podle lékařského slovníku ta, která postihují funkci nebo strukturu orgánů (Lékařský slovník online, 2018).

Není však výjimkou, že se určité somatické choroby s psychickými navzájem prolínají. Například deprese může mít za následek přejídání se a následný podíl na vzniku obezity (Mlejnková, 2007).

Mezi civilizační choroby somatické povahy jsem zařadila na základě Adámkové (2010) a Doliny (2009) hypertenzi, infarkt myokardu, náhlou mozkovou příhodu, metabolický syndrom, obezitu, diabetes mellitus, osteoporózu, nádorová onemocnění a alergie.

3.1 Kardiovaskulární choroby

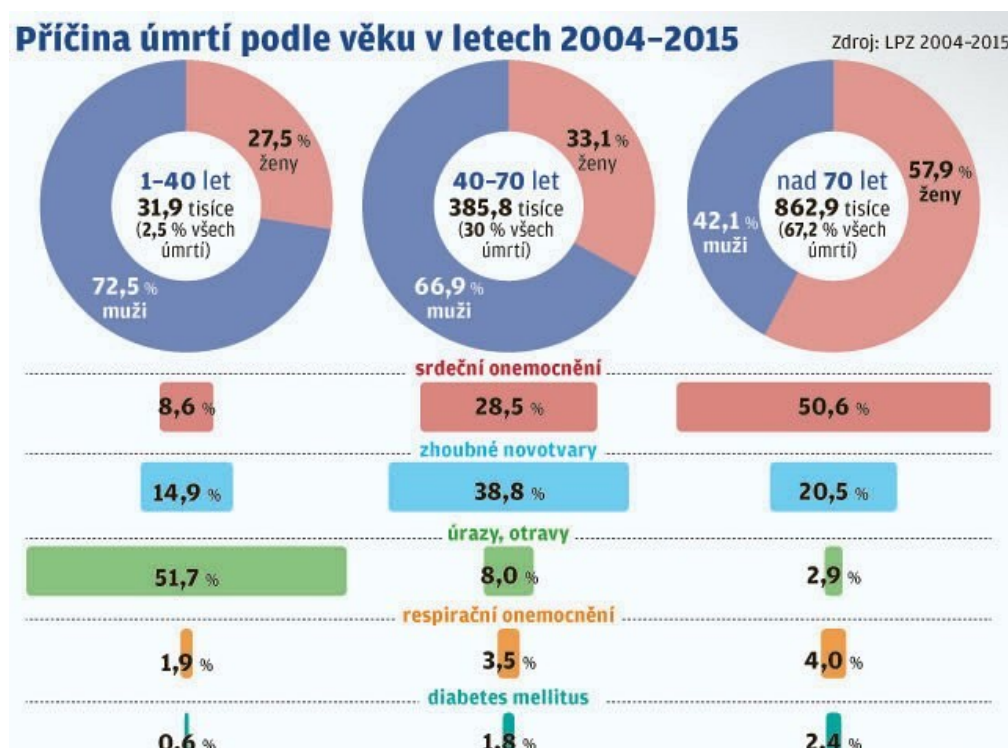
Kardiovaskulární choroby jsou choroby srdce a cév, které jsou zpravidla způsobeny určitými degenerativními změnami v kardiovaskulárním systému. Pojem kardiovaskulární systém lze přeložit jako systém srdečně-cévní, z čehož vyplývá, že je tvořen ze srdce a soustavy krevních cév (Adámková, 2010).

Krevní cévy lze rozdělit na tepny, žíly a vlasečnice. Srdce jako takové zajišťuje stálou cirkulaci krve po celém těle, čímž dále zajišťuje transport kyslíku a živin do jednotlivých orgánů lidského těla. Tuto funkci srdce tedy řádíme mezi hlavní, další neméně důležitou funkcí je funkce detoxikační. Tato funkce spočívá v odstraňování oxidu uhličitého a ostatních odpadových látek (Benešová a kol., 2003).

Hlavní příčinou úmrtí v mnoha rozvinutých zemích včetně České Republiky jsou právě kardiovaskulární choroby. V posledních letech se ovšem ukazuje, že nejen rozvinutých, ale i rozvojových zemích. V důsledku nových poznatků v etiopatogenezi jsou chápány komplexně i děje, které se dříve ke kardiovaskulárním chorobám neřadily. Jedním z nich je například metabolický syndrom (viz. kapitola 3.5) (Adámková, 2010).

V roce 2012 bylo u více jak pětiny obyvatel zaregistrovaných u praktického lékaře zjištěno kardiovaskulární onemocnění, a procento nemocných stále stoupá, jsou prakticky trvale nejčastější příčinou úmrtí člověka (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014).

Podle dat Národního zdravotnického informačního systému a výsledcích z let 2004 až 2015 (Český statistický úřad, 2015) byl vytvořen procentuální přehled příčin úmrtí osob v různých etapách života (Lidovky.cz, 2017).



Obrázek č. 2: Příčina úmrtí podle věku v letech 2004-2015. (Zdroj: Lidovky.cz, 2017).

Více jak polovina osob do 40 let umíralo nejčastěji na následky úrazu nebo otravy. Více jak desetina zemřelých do 40 let umíralo na zhoubné nádory. Nízké procento osob umíralo důsledkem respiračního onemocnění nebo diabetu. Více jak dvě třetiny zemřelých v tomto věku tvořili muži.

Ve věku 40-70 let umírali lidé nejčastěji na následky zhoubných novotvarů, ve více jak třetině případů. Méně jak třetina osob zemřela v důsledku srdečního onemocnění. Velmi nízké procento osob zemřelo v důsledku diabetu mellitus a respiračních onemocnění. Dvě třetiny zemřelých v tomto věku tvořili muži.

Ve věku 40-70 let zemřelo nejvíc osob ze všech posuzovaných věkových kategorií, avšak se změnil poměr zemřelých osob z hlediska pohlaví, více jak polovinu zemřelých v této věkové kategorii tvořily ženy. Více jak polovina osob ve věku 40-70 let zemřela na následky srdečního onemocnění, pětina osob zemřela v důsledku zhoubného novotvaru. Nejmenší počet osob zemřelo na následky diabetu mellitus, avšak v největším procentuálním zastoupení ve všech věkových kategoriích. V této věkové kategorii oproti ostatním věkovým kategoriím umírali osoby následkem úrazu nebo otravy.

3.2 Hypertenze

Vysoký krevní tlak neboli hypertenze se často nazývá jako „tichý zabiják“. V mnoha případech nemoc postupuje bez jakýchkoli zjevných varovných příznaků. Krevní tlak je totiž síla, kterou krev působí proti cévním stěnám při průtoku tělem. Během určitých změn se tlak zvyšuje nebo klesá v závislosti na činnosti či náladě. Je-li však většinu času vysoký, dochází k přetížení srdce. Hypertenze je nejčastějším kardiovaskulárním onemocněním, je hlavním příčinou infarktu myokardu a cévní mozkové příhody (Adámková, 2010). Hodnoty optimálního krevního tlaku shrnuje tabulka 2.

Tabulka 2: Klasifikace krevního tlaku

Krevní tlak	Rozmezí hodnot (v mm Hg)
Optimální	Pod 120/80
Normální	120-129/80-84
Vysoký normální	130-139/85-89
Hypertenze mírná	140-159/90-99
Hypertenze středně závažná	160-179/100-109
Hypertenze závažná	180/110 a vyšší

Zdroj: upraveno od Renáta Flecknová, 2010

Rizikové faktory hypertenze

Mezi neovlivnitelné rizikové faktory patří věk, kdy je hypertenze častější u starších lidí. Dále pohlaví, kdy je častější u žen a samozřejmě genetická predispozice. U genetické

predispozice, lze předpovídat, že děti hypertoniků mají vyšší riziko postižení v dospělosti. Naopak mezi faktory, jenž můžeme ovlivnit řadíme kouření, obezitu, alkohol, nedostatek vápníku nebo hořčíku. Velký vliv na rozvoj hypertenze má také stres (Adámková, 2010).

Stres je také velice důležitým faktorem pro vznik hypertenze. Podle Roika (2008) a zároveň podle zdravotnické organizace WHO je stres nemocí století, v podstatě tichým zabijákem lidstva. Roik také říká, že nadmíra stresu může vést ke vzniku rakoviny, avšak říká, že je to jeho domněnka, i domněnka pár dalších lékařů, ale žádným výzkumem to nebylo podloženo. Také říká, že podle Dr. Selyho, jež se stresem zabýval, je stres spouštěčem různých nemocí, které by se bez nadměry stresových situací možná ani neobjevily. Nejčastěji se důsledkem stresu projevuje právě hypertenze, obezita (viz kapitola 3.6), ale i spoustu dalších. Nesmíme ale zapomínat na to, že stres je běžnou součástí života, a pokud je ho úměrně, není potřeba se jeho důsledků příliš obávat (Roik, 2008).

Léčba hypertenze

Při mírných formách hypertenze se začíná léčbou nefarmakologickou, která spočívá v zanechání kouření, snížení příjmu alkoholu. Dále úpravě tělesné hmotnosti s čímž souvisí zvýšení tělesné aktivity. Samozřejmě nedílnou součástí nefarmakologické léčby je i jídelníček, kde by mělo dojít k úbytku mastných, smažených pokrmů, ale naopak zvýšit příjem ovoce a zeleniny (Šagát, Benedeková, 2007, In: Šašinka, Šagát a kol., 2007).

Léčba farmakologická spočívající v podávání léků snižujících krevní tlak, je zahajována tehdy, pokud úprava životosprávy nevede k dostatečnému poklesu krevního tlaku. V současné době existuje velice široká škála léků, snižujících úspěšně krevní tlak (Adámková, 2010).

3.3 Infarkt myokardu

Infarkt myokardu je náhlé přerušení zásobování srdce. Zjednodušeně řečeno dochází k ucpání cévy krevní sraženinou neboli trombem. Trombus se může vyskytnout na různých místech, v plicích, mozku, srdci i končetinách. V každé lokaci tak způsobuje určité poškození. Jedná-li se o infarkt myokardu dojde právě k ucpání či zúžení cévy zásobující

srdce Dochází tak k nedostatečnému okysličení a je nezbytná lékařská pomoc (Adámková, 2010).

K srdeční příhodě, infarktu myokardu dochází často také díky užívání tabákových výrobků, zvýšené hladině cholesterolu v krvi, v důsledku cukrovky (viz kapitola 3.7), a vysokého krevního tlaku (viz kapitola 3.2). K infarktu myokardu dochází zpravidla ve vyšším věku, ale není vyloučeno, že může poskytnout i velmi mladou osobu či dokonce dítě (Danchin, Cuzin, 2006).

Klinické příznaky

Charakteristickým příznakem infarktu myokardu je náhlá, svíravá, palčivá či tlaková bolest lokalizovaná za hrudní kostí, k níž může dojít v klidu i při námaze. Od anginy pectoris, která vzniká zpravidla při námaze ji odlišíme především tím, že po skončení námahy neustává. Bolest může dále vystřelovat do končetin, zad, krku, mezi lopatky, nebo do podbřišku. Mezi další známky infarktu myokardu řadíme nauzeu, která může přejít až ke zvracení. Dušnost, silné pocení, pocit strachu a neklidnost se vyskytují téměř vždy (Adámková, 2010).

Léčba

Jedná-li se o akutní infarkt myokardu je nezbytné neodkladně zavolat lékařskou pomoc, jak již bylo uvedeno výše. Do příjezdu záchranné služby je nutné postiženého hlídat, zda dýchá a neupadá do šokového stavu. Další postup závisí na rozvoji postižení, v těžších případech je nutná chirurgická léčba. Ta spočívá v koronární angioplastice, kdy se do stehenní tepny zavede katetr, který má na konci balóněk. Potom, co se balóněk v daném místě nafoukne a nechá působit, zůstává céva opět roztažená. Jde-li o lehčí formu infarktu myokardu pacient také dále zůstává na jednotce intenzivní péče z důvodu stálého monitorování základních životních funkcí. Léčba pokračuje vhodnou farmakoterapií, kyslíkovou terapií a po určitou dobu musí být dodržován klid na lůžku. Po odeznění bolesti na hrudi se začíná s rehabilitací (Vitalion, 2011).

3.4 Náhlá mozková příhoda

Cévní mozkové příhody jsou velkým problémem současné medicíny, ve vyspělých zemích představují po infarktu myokardu a nádorových onemocnění třetí nejčastější příčinu úmrtí a v dospělé populaci jsou nejčastější příčinou invalidity (Dolina a kol., 2009).

Náhlá mozková příhoda neboli mrtvice je akutní stav, kdy dochází k poškození mozku. Příčinou je porucha krevního oběhu v mozku. Dochází k zablokování přítoku krve do určité části mozku a je nutná okamžitá léčba (Spence, 2008).

Rizikové faktory

Riziko této nemoci se jednoznačně zvyšuje věkem. Ovšem není vyloučeno, že cévní mozkovou příhodou může stejně tak onemocnět i dítě. V dětském věku často dochází k trvalému ochrnutí (plegiím). V každém případě je důležité brát v úvahu i rodinné dispozice a pohlaví jedince. U mužů je zpravidla vyšší riziko onemocnění, a to v poměru – muži : ženy = 1,5 : 1 (Vitalion, 2011).

Náhlá mozková příhoda vzniká nejčastěji díky trombóze, embolii nebo roztržením tepen, podle toho, o jaký druh náhlé mozkové příhody se jedná. Příčinou může být také vysoký krevní tlak, ve spojitosti se vznikem aneurysmatu (rozšířením tepny) (Tomek, 2012).

Dělení podle vzniku

Cévní mozkové příhody (dále CMP) lze dle Spence (2008) rozdělit podle jejich vzniku. A to na ischemické a krvácivé. Krvácivé představují pouhou jednu třetinu všech CMP, oproti ischemickým, které výrazně převažují.

- a) Ischemické cévní mozkové příhody představují většinu všech CMP. Vznikají ucpáním mozkové cévy krevní sraženinou. Zastaví se tak přívod krve a do mozku není transportován dostatek kyslíku a živin. Bez kyslíku začnou buňky v určité části mozku odumírat. V těžších případech může dojít i ke ztrátě funkcí, které daná část mozku kontroluje (Spence, 2008).

- b) Krvácivé cévní mozkové příhody, které tvoří zhruba jednu třetinu vznikají v důsledku porušení stěny mozkové cévy. Takové porušení vede ke krvácení do mozku nebo mozkových obalů (Spence, 2008).

Klinické příznaky

Mezi hlavní příznaky patří náhlá slabost, náhlé ochrnutí obličeje, paže nebo nohy. Častou pouze na jedné straně těla. Dále může dojít k poruše nebo ztrátě vidění, také často pouze na jednom oku. Ve většině případech mají pacienti potíže s mluvením a pochopením smyslu toho, co říká druhá osoba. Často si pacienti stěžují na náhlé a silné bolesti hlavy, v těžších případech dochází k závratím, která mohou vygradovat až ke ztrátě vědomí (Spence, 2008).

První pomoc a následná terapie

Zpozorujeme-li některé z výše uvedených příznaků, neprodleně zavoláme rychlou záchrannou službu. Následně provedeme protišoková opatření neboli 5 T (teplo, ticho, transport, tlumení bolesti, tekutiny). Pokud je postižený při vědomí, ukládáme jej do polo sedu, není-li při vědomí ukládáme ho stabilizované polohy. V žádném případě nepodáváme žádné léky (Jungwirthová, Novotná a kol., 2005).

Léčba a terapie CMP je velmi dlouhá, tvoří ji jak léčba farmakologická, tak nefarmakologická, kam se řadí například rehabilitace. Je důležité, aby ochablé svalstvo dále neztrácelo na svalové hmotě. Většina pacientů se musí vše učit od začátku. Chodit, psát, mluvit, dbát na osobní hygienu. Výjimkou nejsou ani pacienti, jenž jsou i při rehabilitacích odkázáni na pomoc druhých. U takových pacientů došlo zpravidla k již nenávratnému poškození či ochrnutí končetin nebo nedošlo k jejich úplné mobilitě. Velmi důležitou složkou terapie je i aktivní, optimistický přístup pacienta, jímž lze změnit i zdánlivě neměnný těžký stav (Vitalion, 2011).

3.5 Metabolický syndrom

Metabolický syndrom je komplex poruch v metabolismu krevní cukrů a tuků, v řízení krevního tlaku a v ukládání tukových zásob. Výskyt metabolického syndromu se v evropských populacích pohybuje kolem 25-30 %. Se zvyšujícím věkem jeho výskyt stoupá u obou pohlaví (Dolina a kol., 2009).

Metabolický neboli Reavenův syndrom představuje spojení nemocí a rizikových faktorů, jejichž výskyt zpravidla vede k řadě zdravotních komplikací. Soubor těchto klinických projevů a biochemických odchylek zvyšuje riziko aterosklerózy a jejích přidružených komplikací. Do přidružených komplikací v rámci rizika aterosklerózy řadíme ischemickou chorobu srdeční, ischemickou chorobu dolních končetin nebo cévní mozkovou příhodu (Adámková, 2010).

Reaven (lékař zabývající se metabolickým syndromem), o kterém Santos a Fonesca (2009) a Gupta (2010) píší, metabolický syndrom popsal jako spojení porušené glukózové tolerance, hyperinzulinémie (zvýšená koncentrace inzulinu v krvi), inzulinorezistence (nevnímavost tkání na hormon inzulin), arteriální hypertenze (vysoký krevní tlak), hypertriacylglycerolémie (zvýšení obsahu tuků v krvi) a snížené hladiny HDL cholesterolu. Ačkoli přesná definice metabolického syndromu doposud stanovena není, v každé jsou obsaženy následující kritéria. Hypertenze, obezita, hyperglykémie, dyslipidémie (Santos & Fonseca, 2009; Gupta, 2010).

Klinické příznaky

Krevní tlak bývá vyšší, než 130/80 mmHg, obezita je abdominálního typu, u mužů znamená obvod pasu nad 94 cm, u žen nad 80 cm. Hladina cukru v krvi nalačno je vyšší, než 5,6 mmol/l a snížená hladina HDL-cholesterolu, nižší, než 1,29 mmol/l (Adámková, 2010).

Léčba

Dovolí-li to stav pacienta, v prvních krocích se přistupuje k léčbě nefarmakologické. Ta spočívá především ve zdravém životním stylu. Pokud nefarmakologická léčba nedosáhne požadovaného efektu přechází se k léčbě farmakologické, což ovšem neznamená, že nadále nemusí být dodržovány zásady léčby nefarmakologické. V celkové prevenci a podpoře nefarmakologické léčby nejen kardiovaskulárních chorob, AHA (The American Heart Association) doporučuje omega 3 mastných kyselin. U nichž je vědecky prokázáno, že mají vysoce pozitivní vliv na lidský organismus (Adámková, 2010).

S názorem Adámkové (2010) souhlasí Svačina, Souček a kol. (2011), věnující se metabolickému syndromu, kteří taktéž doporučují omezit potraviny obsahující vysoké množství cholesterolu, dále také omezit kouření. Dále doporučují také snížit tělesnou

hmotnost, a pokusit se ji udržet. Jako první krok k léčbě přisuzují fyzickou aktivitu, trvající každodenně přinejmenším 30 minut, která je velmi účinná při léčbě metabolického syndromu. Samozřejmostí je pak zdravá, vyvážená strava, s vysokým obsahem vlákniny a nízkého obsahu cukrů a tuků (Svačina, Souček a kol., 2011).

3.6 Obezita

Obezita se řadí k nejčastějším civilizačním chorobám na světě. Explozivní nárůst prevalence obezity v populaci za poslední roky je více než varující. Faktory jako zvyšující se incidence závažných komplikací, socioekonomické souvislosti, snížená kvalita života, a především nárůst mortality obézní populace posouvají toto onemocnění mezi jedno z nejzávažnějších globálních zdravotních problémů civilizované populace celého světa (Dolina a kol., 2009).

Obezitu nelze vnímat jako pouhé zmnožení tuku v těle, ale především jako chronické onemocnění s řadou dalších jiných poruch. Také se jedná o významný rizikový faktor, který se může podílet na vzniku nebo rozvoji různých somatických nemocí (Mlejnková, 2007).

Typy obezity

Abdominální typ

Jedná se o mužský typ obezity, typ jablko. Dochází k ukládání tuku nejenom na trupu, ale především do dutiny břišní. Větší převahu má tedy zmnožení viscerálního neboli útrobního tuku. To představuje vážné riziko pro vznik civilizačních onemocnění. Tímto typem obezity trpí ženy i muži s vysokým krevním tlakem, vysokými hladinami cholesterolu nebo s diabetem (Svět zdraví, 2017).

Gynoidní typ

V tomto případě jde o ženský typ, tedy typ hruška. Tuk se ukládá především v oblasti stehen a hýždí. Přibližně třetina žen má právě tento typ postavy, který je dán především genetickou dispozicí. Tento typ obezity však nebývá doprovázen častým výskytem zdravotních komplikací (Svět zdraví, 2017).

Příčiny vzniku obezity

Obezita vzniká vzájemným propojením genetických a vnějších faktorů. Uvádím tedy ty, které jsou pro vznik obezity nejzávažnější podle Mlejnkové (2007) a Čermáka (2002), a to:

- Nepoměr mezi příjmem a výdejem energie
Nadměrný příjem energie, a naopak nedostatečný výdej energie (Mlejnková, 2007).
- Hormonální vlivy
Snížená funkce štítné žlázy nebo zvýšená hladina hormonů kůry nadledvin (Mlejnková, 2007).
- Leptin
Je hormon produkovaný tukovými buňkami v těle a jedná se o přirozený chuťový stimulant. Váhový přírůstek dokáže vyvolat zvýšené vylučování leptinu do tukové tkáně a mozek zpracuje informaci v pokyn ke zpomalení konzumace potravy, pokles váhy naopak zmírní vstřebávání leptinu a vyvolá pocit hladu (Čermák, 2002).
- Metabolické vlivy
Jaké má organismus energetické nároky určuje tělesná hmotnost, pohlaví a stupeň fyzické aktivity. Nesmíme však opomenout na různé individuální geneticky kódované faktory, které energetickou rovnováhu ovlivňují (Mlejnková, 2007).
- Léky
Antidepresiva, neuroleptika, glukokortikoidy nebo gestageny – všechny tyto léky zvyšují chuť k jídlu a přispívají tak k rozvoji nadváhy (Mlejnková, 2007).
- Psychogenní faktory a jídelní zvyklosti
U obézních osob je příjem potravy zvýšen závislosti na zevních signálech a emočních situacích. Dále je rovněž tělesná hmotnost závislá na stravovacích zvyklostech, ty se liší v jednotlivých zemích a částečně jsou ovlivňovány od dětství (Mlejnková, 2007).

Léčba a terapie

Správná terapie obezity vyžaduje vždy komplexní přístup. V první řadě je nutné zahrnout dietní a pohybovou léčbu. Dále je důležité dodržovat pravidelnost stravy a samozřejmě pitného režimu. Není-li žádná odezva na výše uvedou nefarmakologickou terapii, přistupuje se k moderní farmakologické terapii, která zahrnuje určité léky a dlouhodobé sledování odborným lékařem (Zeman, 2004).

3.7 Diabetes mellitus

Diabetes se právem řadí mezi civilizační choroby, o existenci tohoto onemocnění je známo už přes tři tisíce let. Výskyt diabetu v posledních 50 letech stále stoupá, a to nejen ve vyspělých zemích, ale k dramatickému zvyšování dochází i v zemích vývojových. Alarmující je také zpráva z roku 2000 o celosvětově narůstajícím výskytu diabetu i u dětí, také v ČR se neustále zvyšuje počet dětí pod 9 let trpících právě tímto onemocněním (Dolina, 2009).

Diabetes mellitus je chronické onemocnění s vysokou morbiditou a mortalitou, postihující asi 5 % populace. Hlavní příčinou diabetu je nedostatečný účinek inzulínu. Inzulín je hormon, který se tvoří v tzv. Langerhanzenových ostrůvcích slinivky břišní a tvoří jej tzv. beta buňky. Inzulín se z Langerhanzenových ostrůvků uvolňuje do krve a pomocí jaterního oběhu se dostává do jater, kde je zčásti zachycován. Množství, které zbyde se z jater dostane do velkého oběhu a je rozvedeno k jednotlivým orgánům a tkáním. Tam se inzulín naváže na receptory povrchu buněk. Teprve poté může začít biologicky působit (Štroblíková, 2011).

Jak už bylo zmíněno výše, hlavním problémem diabetu je nedostatek nebo nedostatečný účinek inzulínu. Cukrovka vzniká tedy tehdy, dojde-li v těle ke snížené tvorbě inzulínu. Jestliže začne inzulín v těle chybět, nebo se nevytváří dostatečné množství, cukr tak nemůže vstupovat do buněk. Tím dojde k tomu, že se zvýší hladina cukru v krvi a vzniká cukrovka. Nedostatek inzulínu je též příčinou poruch metabolismu bílkovin a tuků (Štroblíková, 2011).

Klinické příznaky

Příznaky cukrovky zpravidla ihned nerozpoznáme, obvykle totiž probíhá latentně. Hlavním příznakem je hyperglykémie, tedy zvýšená hladina cukru v krvi. Mezi další příznaky patří časté močení, nazývané též polyurie, časté močení v noci neboli nykturie či nadměrná žízeň. Časem lze pozorovat výrazný úbytek na váze z neznámých důvodů. Dalším příznakem bývá přetrvávající únava a slabost. Veškerá poranění se pomalu či vůbec nehojí. Jedním z dalších příznaků je také svědění kůže. Dále mohou nastat i optické změny, a to zpravidla rozostřené vidění. Objevuje se zhoršení v oblasti zubů, častěji se kazí či dokonce vypadávají. U žen může dojít k vynechání menstruace, častějším nákazám kvasinkové infekce nebo zánětům močového měchýře. V pozdějším stádiu, když se diabetik dostává do metabolického

rozvratu, vyskytuje se u něj nechutenství, zvracení a příznaky dehydratace (Štroblíková, 2011).

Corraza, Daimler a kol. (1992) ve své knize o zdraví uvádějí, že pacienti s diabetem nejčastěji popisují tyto příznaky: polydipsie, polyurie, svědění na celém těle, u žen zejména v okolí genitálu, hlad, zhoršení zraku, výskyt ranek v kožních záhybech, časté záněty sliznice v ústech, v pochvě a na penisu, bolest hlavy, noční křeče v lýtkách (Daimler, 1992).

Příznaky nejčastějšího typu cukrovky, který postihuje starší osoby, jsou často zaměňovány za projevy stárnutí nebo jsou považovány za následky nadváhy. Často pak není včas zahájena potřebná léčba. Neléčená cukrovka může vést k vážným problémům, jako je např. náhlá mozková příhoda, srdeční infarkt, slepota, onemocnění jater, poškození nervů či dokonce ke ztrátě končetiny. Je tedy nezbytné takové příznaky nepodceňovat a podstoupit komplexní vyšetření (Štroblíková, 2011).

Diagnostika

Diagnóza diabetes mellitus probíhá v ordinaci praktického lékaře, kde je stanovena na základě laboratorního měření hyperglykémie. Hladina cukru v krvi se vyšetřuje z žilní nebo kapilární krve. Hraniční hodnota diabetu je 7,0 mmol/l nalačno a 10 mmol/l za 2 hod po jídle.

Test prováděný k určení konečné diagnózy, zda se jedná či nejedná o diabetes mellitus je orálně-glukózotoleranční test. Test je prováděn následovně. V první řadě se pacientovi odebere krev. Dále musí pacient vypít roztok obsahující 75 gramů glukózy rozpuštěné v 250 ml vody, je nezbytné tento roztok vypít během 5 až 10 minut. Následně se pacientovi odebírá krev znovu a to po 60 a 120 minutách od vypití roztoku. U zdravého jedince glykemické zatížení za 60 minut nepřesahuje 10 mmol/l, za 120 minut klesne pod 7 mmol/l. U pacienta s diabetem glykémie za 60 minut po vypití roztoku přesahuje 11 mmol/l a za 120 minut se pohybuje v rozmezí 8-11 mmol/l (Štroblíková, 2011).

V současné době jsou k dispozici téměř ve všech zdravotnických zařízeních tzv. glukometry. Glukometr je přenosný diagnostický přístroj určený pro měření hladiny glukózy v krvi. Tento přístroj mají diabetici na základě doporučení diabetologa k dispozici i v domácím prostředí. Hladinu glukózy v krvi lze stanovit pomocí glukometru pouze z jedné kapky krve odebrané z posledního článku prstu pacienta (Procházková, 2010).

3.7.1 Diabetes mellitus I. typu

Diabetes mellitus se dělí na dva typy, I a II. Některé z příznaků mohou být typické pro oba typy, ale jejich průběh i léčba jsou naprosto odlišné. V nadcházející kapitole popisují detailní rozdíl mezi oběma typy.

Etiopatogeneze

Tato choroba je mnohem vzácnější, než v populaci rozšířená cukrovka II. typu. Hlavním důsledkem této nemoci je zvýšená hladina cukru v krvi, tedy hyperglykémie. Diabetes mellitus I. typu vzniká selektivní destrukcí beta buněk vlastním imunitním systémem, což vede k úplnému nedostatku inzulínu, a tudíž doživotní závislosti na aplikaci inzulínu (Jungwirthová, Novotná a kol., 2005).

Ke zničení beta buněk dochází autoimunitním procesem, jenž je zakódován v genetické informaci diabetika. Autoimunitní proces je porucha imunitního systému vzhledem k toleranci vlastních buněk, proti nimž vlastní tělo vytváří autoprotilátky. Buňky slinivky břišní jsou tak protilátkami zabíjeny a produkce inzulínu vzhledem ke smrti většiny těchto buněk začne klesat. Jak již bylo zmíněno, inzulín je hormon nutný pro vstup cukru do většiny buněk. Avšak místo toho, aby byl cukr v buňkách zdrojem energie, postupně se hromadí v krvi a uniká do moče. Diabetes mellitus I. typu je též označován jako juvenilní diabetes, a to z důvodu, že je nejčastěji diagnostikován kolem 15. roku života. Ovšem není vyloučeno, že jím mohou onemocnět i starší lidé či dokonce novorozenci (Jungwirthová, Novotná a kol., 2005).

Klinické příznaky

Cukrovka I. typu se může projevovat různými projevy jako je pocit únavy, noční pocení, ztráta na váze, psychické změny a bolesti břicha. Běžnými projevy cukrovky je například časté močení většího objemu moči a následná dehydratace a žízeň. Cukr, který je v krvi v nadbytku tak uniká v ledvinách do moče a zároveň s sebou strhává vodu. Následně tak dochází k vysokým ztrátám vody, které mohou vést k dehydrataci. V případě, že není tento stav léčen a koncentrace cukru v krvi dosáhne závažné výše, dojde k narušení vědomí a ke kómatu, označovanému jako hyperglykemické kóma. U nemocných s cukrovkou I. typu v rámci tohoto stavu vznikají v organizmu tzv. ketolátky, mezi něž patří například aceton.

Tento hyperglykemický stav tak označujeme jako diabetickou ketoacidózu. Právě ketolátky způsobují specifický zápach z úst a specifický zápach moči (Stefajir, 2009).

3.7.2 Diabetes mellitus II. typu

Etiopatogeneze

Přibližně 90 % případů cukrovky je typu II. Tkáně nejsou schopné využívat inzulín, který tělo produkuje v dostatečném množství. U cukrovky II. typu nedochází k imunitní reakci, která by zničila buňky slinivky břišní produkující inzulín. Cukrovka II. typu vzniká velmi pomalu na základě vzájemného působení faktorů jako jsou břišní obezita, vysoký krevní tlak nebo vysoké hodnoty cholesterolu. Dohromady jsou tyto faktory označovány jako metabolický syndrom, v jehož rozvoji hraje nepochybně roli i genetika. Někteří lidé jsou totiž k jeho vzniku více náchylní než ostatní (Stefajir, 2009).

Klinické příznaky

Při neléčené cukrovce II. typu dochází k postupnému zvyšování krevního cukru. Cukr odchází do moči a strhává s sebou vodu, což je důsledkem nadměrného močení a žízně. Dlouhou dobu se následně mohou rozvíjet různé komplikace, typu aterosklerózy, poškození očí při diabetické retinopatii s rizikem oslepnutí, poškození ledvin při diabetické nefropatii, polyneuropatie, zhoršená vyprazdňovací schopnost žaludku. Ovšem existuje i zvýšené riziko infarktu a cévních mozkových příhod. Velmi závažnou komplikací je vznik diabetické nohy, která může skončit i amputací. Vzhledem k tomu, že dochází ke dlouhodobému snížení imunity, je nemocný více ohrožený vznikem infekcí (Stefajir, 2009).

Terapie

Primárním cílem při léčbě diabetu je dosažení normoglykémie. Léčba by neměla být pouze farmakologická, ale zároveň obsahovat i nefarmakologická opatření, jakými je například vhodná dieta, a také vhodně zvolená pohybová aktivita vzhledem k věku a hmotnosti pacienta. Dle situace můžeme zvolit různé typy diet, při obezitě volíme dietu redukční. Jak již bylo zmíněno výše, nezbytnou součástí léčby diabetu je pohybová aktivita. Vhodná je například chůze, je-li pravidelná a trvá alespoň 30 minut denně. Zaměříme-li se na léčbu farmakologickou, je nutné si uvědomit, že je u obou typů diabetu odlišná. Diabetes I. typu je

od počátku závislý na léčbě inzulinem, na rozdíl od diabetu II. typu, který zpočátku vyžaduje především režimová opatření a terapii metforminem. Samozřejmou složkou komplexní léčby je i léčba přidružených onemocnění, jakými může být vysoký krevní tlak, cholesterol a tak dále (Škrha, 2009).

Dieta a životospráva

Nedílnou součástí života s diabetem je pravidelný režim. A to především ve stravování a pohybové aktivitě. Pacient by měl jíst šestkrát denně a v pravidelný čas. Podpořit léčbu diabetu také pomohou vhodně zvolené stravovací návyky. Pokud pacient netrpí obezitou, je možné jídlo rozdělit do dne podle jeho zvyklostí. Ovšem rozdělí-li se jídlo do více dávek během, zabrání se tak vysokým výkyvům glykémie po jídle, proto je tato metoda více doporučována. Při předepsání diety by se měl lékař ujistit, zda pacient rozumí nutričním hodnotám uvedeným na různých potravinách, především tedy obsahu sacharidů (Aktivní diabetik, 2001).

Jestliže pacient trpí obezitou je nutné nasadit redukční dietu. Redukční nízkotučná dieta spočívá především v konzumaci většího množství bílkovin, vlákniny a vitamínů. Redukční dietu se musí sestavovat s každým pacientem individuálně. O toto se může postarat nutriční terapeutka, která zvolí nejvhodnější dietu (Aktivní diabetik, 2001).

3.8 Osteoporóza

K novodobým hromadným nemocem také patří osteoporóza neboli řidnutí kostí. Jde o úbytek kostní tkáně, tedy snižování obsahu vápníku v kostech. Postihuje především staré lidi a podstatně častěji ženy, než muže (Dolina a kol., 2009)

Světová zdravotnická organizace definuje osteoporózu následovně: *“Progredující systémové onemocnění skeletu, které se vykazuje známkami jako je úbytek kostní hmoty nebo poruchami mikro architektury kostní tkáně”*. Poruchy mikro architektury jsou důsledkem zvýšené náchylnosti ke zlomeninám (Němcová, 2008).

Stupně osteoporózy

Stupně úbytku kostní hmoty lze hodnotit podle obsahu kostního minerálu. Jako hodnota v normálních mezích je považován úbytek kostní hmoty až o 1 směrodatnou odchylku pod průměrnou hodnotu. Následuje osteopenie, kde je úbytek kostní hmoty o 1 až 2.5 směrodatné odchylky. Posledním stupněm je osteoporóza, kde se již bavím o úbytku kostní hmoty větším, než 2.5 směrodatné odchylky (Vašátko, 2009).

Rizikové faktory

Za predispoziční faktory se považuje věk nad 65 let, období po menopauze či pozdní menarche. Silnými rizikovými faktory pro vznik osteoporózy jsou různé zlomeniny po nepřiměřeném úrazu, projevy osteoporózy v rodinné anamnéze související s vlastními zlomeninami. Dále BMI pod 19, podváha a dlouhodobá léčba kortikoidy, diuretiky nebo antikoagulancii. Mezi rizikové choroby řadíme například zánětlivá střevní onemocnění, mentální anorexii, celiakii, laktázovou nedostatečnost, onemocnění ledvin a jater (Blahoš, Starý, 1997).

Také životní styl velmi ovlivňuje vznik osteoporózy, k jejímu vzniku a rozvoji může vést příliš silné kouření, nadměrné užívání alkoholu. Sedavý způsob života a malá tělesná zátěž mohou být rovněž vyvolavateli osteoporózy (Blahoš, Starý, 1997).

Léčba

Léčbu osteoporózy je možné rozdělit do 3 skupin. První skupinou je základní léčba a prevence pádů. Základní léčba spočívá odborně vedeném cvičení a přiměřené zátěži. Důležitou součástí základní léčby je také dostatečný přívod vápníku a vitamínu D. Přívod vápníku je ideální z přirozených zdrojů, jako je mléko či mléčné výrobky. Jak uvádí Dolina a kol. (2009) vysoce účinnou prevencí je především zdroj vápníku do 25 let, kdy se vápník do kostí zabudovává. Také omezení škodlivých vlivů a prevence pádů jsou složkou základní léčby osteoporózy (Blahoš, Kmoch, 2002).

Druhou skupinou je léčba osteoporózy algického syndromu, který vzniká při fraktuře obratle. Přesněji se jedná o bolesti páteře, kde se často vyskytují změny i v okolních anatomických strukturách. Léčba v této skupině spočívá v klidovém režimu, farmakoterapii, akupunktuře, léčebné tělesné výchově. V těžších případech se přechází k neurochirurgickým operacím a následným lázeňským léčbám (Mlčoch, 2008).

Poslední, třetí skupina je označována jako léčba specifická. Specifická proto, že nelze přesně odpovědět koho a jakou z výše uvedených metod léčit. Tato léčba se totiž dělí na léčbu vedoucí ke snížení resorpce kostní hmoty a na léčbu podporující její novotvorbu. Jde tedy o individuální postup závisící na stavu pacienta (Blahoš, Kmoch, 2002).

3.9 Nádorová onemocnění

Dle Doliny a kol. (2009) bychom nádorová onemocnění mohli označit za druhou nejzávažnější „epidemii“ moderní doby, hned po kardiovaskulárních nemocech. Spolu se srdečně cévními onemocněními jsou zodpovědné za více, než $\frac{3}{4}$ úmrtnosti. Dle statistické ročenky WHO v roce 2004 představovaly u mužů 30 % a u žen 24 % všech úmrtí. Ve vyspělých zemích usmrcují každého pátého člověka a postihují dvě ze tří rodin. V ČR je úmrtnost na novotvary stále vysoká a incidence nových nádorů bohužel neustále stoupá (Dolina a kol., 2009).

Vznik a vývoj

Vznik a vývoj nádoru je individuální a zpravidla dlouhodobý proces. Tento proces je ovlivňován mnoha faktory, kterým se budu věnovat v další kapitole. Neplatí však, že vznik nádorového onemocnění je nevyhnutelný či neléčitelný proces, naopak se mu dá ve většině případů efektivně předcházet. Nádorová onemocnění mají několik fází. Fáze iniciální probíhá na molekulární úrovni a jedná se o poruchu genetické informace jádra určité buňky. Buňky v zdravém lidském těle mají regulovaný růst, dělení a omezenou životnost. Oproti tomu u rakovinných buněk jsou tyto procesy poškozeny. Rakovinná buňka se jednoduše stává „nesmrtelnou“. Neomezeně se dělí a je schopna měnit svou strukturu (Staňová, 2008).

V lidském těle ovšem může dojít k této poruše a následnému bujení i několikrát za život, konkrétně až 7x. Avšak ani po sedmém bujení nemusí dojít k plnému propuknutí choroby. Imunitní systém má v tomto případě nejdůležitější roli, pomocí určitých účinných mechanismů, jenž jsou jeho součástí. Nepřekročí-li rakovinné buňky určitou hranici dokáže se s nimi imunitní systém vypořádat. Hranice bývá asi 100 000 buněk. Naopak, oslabený imunitní systém je k propuknutí onemocnění mnohem náchylnější. Imunitní systém může být ovlivněn výraznými nedostatky ve výživě, dlouhodobém vystavení se stresu nebo infekcí. Následně imunitní systém může ztratit regulační mechanismy a dojde k rozsáhlému množení rakovinných buněk. Poté nastává latentní fáze, ta trvá od několika měsíců až po několik let. Nádor není ještě natolik velký, aby mohl být zachycen současnými diagnostickými přístroji a dochází k dalšímu opakujícímu se množení rakovinných buněčných klonů (Staňová, 2008).

Rizikové faktory

Faktory, jenž mají vliv na vznik nádoru lze rozdělit na ty, co působí z vnějšího okolí a na ty, které z vnitřního. Dle Adama a Vorlíčka (2004) rozlišujeme faktory na:

- Vnější
- Vnitřní

Vnitřní faktory jsou zpravidla neovlivnitelné. Hlavním vnitřním faktorem je dědičnost. V dalších řádcích se zaměřuji pouze na vnější faktory, které jsou z části ovlivnitelné.

Vnější faktory

Zevní vlivy způsobují podle různých zdrojů přibližně 75 - 90 % všech nádorových onemocnění. Do těchto vlivů řadíme kouření, úroveň stravování, obezitu, již se věnuji v samostatné kapitole. Zpravidla tyto faktory mají nejvyšší podíl na mortalitě při onkologickém onemocnění. Dále také nadměrný příjem alkoholu, ionizující záření, UV záření, znečištění životního prostředí, chemické a fyzikální vlivy či prodělané infekce. Nízká pohybová aktivita je dalším faktorem vedoucím ke zvýšení rizika vzniku nádorových onemocnění. V následujících řádcích stručně popíši riziko každého z vyjmenovaných faktorů (Adam, Vorlíček, 2004).

Kouření

Kouření a další způsoby užívání tabáku působí negativně v každém směru. Je příčinou většina nádorů jícnu, hrtanu a úst. Také pasivním kouřením dochází ke zvyšování rizika. Vyšší procento vlivu kouření na nádorové onemocnění je přikládáno mužům. Avšak ani u žen není procento nízké, uvádí se přibližně 80 %. U mužů je to 90 % (Adam, Vorlíček, 2004).

Výživa

Správná výživa má na zdravotní stav člověka nepochybně velký vliv. Měla by být vyvážená, pestrá. Je však nezbytné si říci, že strava může obsahovat i složky škodlivé či karcinogenní, kterým bychom se měli snažit vyhýbat. Naopak určité složky stravy jsou pro lidské tělo

nezbytné. Na vývoj nádoru může mít vliv i vyšší přísun energie buňkám. Vliv určitých složek v potravě je velmi obtížné stanovit, vzhledem k tomu, že jsou téměř vždy přítomny všechny složky. Obecně lze říci, že každá ze složek (sacharidy, bílkoviny, tuky, minerální látky a stopové prvky) má důležitý vliv na správný vývoj a funkce organismu (Adam, Vorlíček, 2004).

Pohybová aktivita

Pohyb je důležitý nejen pro správné trávení, ale také vede k správné funkci imunitního systému. Lze tedy říci, že úměrná nebo zvýšená pohybová aktivita má preventivní vliv proti vzniku různých nádorových onemocnění. Obezita je rovněž důležitým rizikovým faktorem, a právě pohybem lze docílit k jejímu snížení (Adam, Vorlíček, 2004).

Infekce

Určité viry mohou vyvolávat nádorové bujení. Jak jsem ale uvedla výše, lidský organismus je v určité hranici schopen se s viry a jimi napadenými buňkami vypořádat. Virus HIV je pro vznik nádorového onemocnění velmi rizikovým faktorem, vzhledem k tomu, že při infekci tímto virem dochází k destrukci imunitního systému (Adam, Vorlíček, 2004).

Ionizující záření

Každý z nás je ionizujícímu záření vystaven, ať chceme nebo ne. UV záření ze slunce má vliv na vznik nádorů kůže, je tedy důležité používat ochranné prostředky a omezovat pohyb na přímém slunci. Velmi nebezpečné je však RTG záření, a to především v prenatální období vývoje člověka a také v dětském věku. Nicméně, vliv tohoto faktoru je oproti jiným velmi malý (Adam, Vorlíček, 2004).

Chemické látky

Karcinogenní vliv má velké množství chemických látek. Jejich konkrétní seznam je možné najít na internetových stránkách organizace IARC. Nejznámějšími jsou dioxiny, dusičnany nebo dusitany (Adam, Vorlíček, 2004).

Dělení nádorů

Každý nádor je specifický, vykazuje rozdílné vlastnosti, je pro nás méně či více nebezpečný.

Dle toho dělíme nádory na:

- Nezhoubné
- Zhoubné
- Polo zhoubné

Nezhoubné (benigní) nádory nejsou schopny metastázy, avšak mohou utlačovat okolní tkáň. To, že je nádor nezhoubný neznamena, že není nebezpečný. Benigní nádory nás ohrožují především svým růstem a jak jsem již uvedla, následným útlakem okolním tkání.

Zhoubné nádory (maligní) jsou ty, jenž běžně označovány jako rakovina. Zhoubné jsou zpravidla díky jejich schopnosti metastázovat. Po určité době vývoje se postupně začnou odlamovat nádorové buňky, které se krví a mizou šíří dál po těle. Usazují se v různých orgánech a vznikají tak druhotná nádorová ložiska. K takovým nádorům patří například rakovina tlustého střeva, rakovina slinivky břišní, rakovina jícnu, prostaty, prsu a další.

Nádory polo zhoubné (semimaligní) jsou nádory, které se jeví agresivně, vzhledem k jejich vysoké aktivitě a škodlivosti vůči okolním tkáním. Nejsou ale schopny metastáze. Tudiž onemocní-li člověk tímto druhem nádoru a při léčbě dojde k jeho úplnému odstranění, nehrozí pacientovi žádné další riziko (Stefajir, 2009).

Léčba

Rakovina je jistým celoživotním rizikem nás všech. U někoho menším, u jiného větším. Spoustu lidí naivně věří představě, že moderní diagnostika či nové léky nás ochrání, nejdůležitější je ovšem pouze včasná diagnostika. Může jít jen o pouhou vnímavost vůči určitým příznakům nebo o vlastní zájem podstoupit preventivní vyšetření (Žaloudík, 2008).

Léčba je samozřejmě pro každého pacienta individuální. Důležitou roli hraje typ nádoru, rozsah nádorového procesu a samozřejmě zdravotní stav pacienta. Dle MUDr. Jiřího Štefánka, který se angažoval na portále Stefajir dělíme léčbu do šesti skupin:

1. Chirurgická (chirurgické výkony vedoucí k odstranění nádoru)
2. Chemoterapie (toxické sloučeniny, které zabíjí jednak nádorové buňky, ale zároveň i buňky našeho těla)
3. Radioterapie (ozařování, podobný účel jako chemoterapie)
4. Biologická léčba (podávání látky, za účelem poškození nádoru)
5. Hormonální léčba (změnou koncentrace hormonů v těle lze nádorový proces zpomalit, nebo dokonce zastavit)
6. Paliativní léčba (cílem není vyléčit, ale zlepšení kvality života, tlumení bolesti)
(Štefánek, 2009, In: Stefajir, 2009)

Poslední skupinou, kterou řadíme mimo ostatní je léčba alternativní. Tato léčba bývá lékaři nepříliš doporučována. Jedná se totiž většinou o vědecky neověřenou léčbu a její využití bez léčby standardní je tedy na vlastní nebezpečí (Štefánek, 2009, In: Stefajir, 2009).

Řadí se sem různé diety, podpůrná léčiva, výtažky z bylin apod. Také sem spadá například i léčba duše pomocí autosugesce nebo hypnózy (Zemek, 2016).

3.10 Alergie

Od poloviny 20.století je velmi nápadný i růst výskytu alergií v jejích různých projevech (od průduškového astma, přes sennou rýmu po kožní ekzémy a vyrážky). O jejích počtech bohužel nejsou přesné statistiky, vzhledem k tomu, že existuje řada pouze dočasných, nerozpoznatelných případů, i přesto se jedná o další závažnou chorobu, které je třeba věnovat pozornost (Dolina a kol., 2009).

Podstata alergie

Termínem alergie je často označována nepříjemná reakce organismu na potraviny, štipnutí hmyzem, chemikálie a další látky, které se mohou dostat do těla nebo do kontaktu s pokožkou. Pokud však organismus nevyváří protilátku IgE (imunoglobulin E) nejedná se o alergii, ale zřejmě pouze o nesnášenlivost nebo citlivost vůči dané látce (Konrád, 2008).

Obranné látky v organismu jsou zaměřeny proti virům, bakteriím a jejich jedům. Tyto škodliviny usmrcují či je jiným způsobem zneškodňují. Spoustu obranných látek existuje již od narození, dalo by se říci, že jsou „základní výbavou“ živého organismu. Další vznikají až poté, co se tělo setká s určitým virem nebo bakterií. Jestliže choroboplodný činitel napadne organismus znovu protilátky začnou okamžitě pracovat. Tyto protilátky nemají široké spektrum působivosti, každá je vždy zaměřená proti určité škodlivině (Leibold, 1993).

Podstata alergií spočívá ve styku těla s antigenem, jimž je zpravidla choroboplodný činitel. Následně po prodělané chorobě krouží protilátky v těle jako obranné látky. Jestliže se tělo s antigenem znovu setká, reagují rychleji a ve větším množství. Antigen a protilátku bychom si mohli vysvětlit jako klíč a zámek. Potká-li se protilátka s jiným antigenem pro který není určena, k reakci nedojde. V okamžiku, kdy dojde k reakci protilátky s antigenem dochází k uvolňování tkáňového hormonu histaminu, a tak se může vyvinout až život ohrožující alergická reakce. Přecitlivělost vůči látkám může být vrozená i získána během života (Leibold, 1993).

Klinické příznaky

Klinických příznaků pro různé typy alergií je nespočet. U některých alergií se může vyskytovat i několik z nich. Uvedu tedy jen krátký výčet těch nejběžnějších.

Mezi nejběžnější klinické příznaky alergií patří afty, bolest a otok kloubů, bolest břicha a nadýmání, bolesti hlavy, bušení srdce, ekzém, kašel, kopřivka, kýchání, otok obličeje nebo jazyka, průjem, plynatost, svědění, váhový úbytek nebo přírůstek, zácpa, únava, pocit na zvracení, senná rýma, svalová bolest, spánkové potíže a další.

Typy alergií a jejich příznaky

Alergie můžeme dělit podle toho, jakým způsobem se alergen do těla dostává na:

- Inhalační alergen
- Potravinové alergen
- Hmyzí bodnutí
- Léky

Do inhalačních alergenů řadíme pyly, roztoče, zvířecí alergen či plísně. Do těla se dostávají vdechnutím. Potravinové alergen způsobují nepříznivé reakce vůči určitému typu potravin. Typy potravin, po kterých může vzniknout alergická reakce je široká škála. K neznámějším patří například vejce, mléko, ořechy, sója, určité druhy ovoce, kořenová zelenina nebo rajčata. Alergická reakce může vzniknout i po bodnutí hmyzem, kterým je nejčastěji včela nebo vosa. Také různé skupiny léků mohou způsobit alergie (Alergie.cz, 2017).

Způsoby léčby

V první řadě je důležitá prevence. Ta spočívá ve vyhýbání se alergenům, což bohužel není zcela možné, vzhledem k tomu, že alergen jsou téměř všude kolem nás. Kontaktům s alergenem se lze spolehlivě vyhnout pouze v případě, je-li přecitlivělost způsobena látkou, která se ve vnějším prostředí za normální okolností nevyskytuje. Nicméně i tak je nutné, aby se člověk látkám vyvolávající alergii co nejvíce vyhýbal (Leibold, 1993).

Prevence v podobě úpravy ložního prádla, omezení prašnosti, vlhkosti a roztočů pak může společně s farmakologickou léčbou dopomoci alergikovi k běžnému životu, bez určitých omezení. Nejčastěji podávanými léky jsou antihistamika, imunosupresiva, kortikosteroidy, adrenalin a další (Konrád, 2008).

4 Civilizační choroby psychické povahy

Druhá část je věnována civilizačním chorobám především psychické povahy (viz podkapitola 4.1-4.4). Psychické civilizační choroby bývají mnohdy opomíjené vzhledem k nižšímu výskytu somatických příznaků.

Duševní choroba je ta, jenž postihuje vyšší nervovou činnost, to znamená vnímání, myšlení, paměť a emoce. Při těchto duševních chorobách nelze sledovat strukturální porušení mozku. Duševní choroba je opakem somatické choroby (Lékařský slovník, 2018).

Většina psychických a somatických chorob se navzájem prolíná. Jako příklad lze uvést anorexii (viz podkapitola 4.2.1) nebo bulimii (viz podkapitola 4.2.3), jenž jsou poruchami příjmu potravy. Přestože se v primárním pohledu může zdát, že jde o somatické onemocnění, základem je psychika. Jak píše Papežová (2003) často zvítězí psychický faktor, kdy je upřednostňována touha po fyzickém vzhledu a touha po vlastním zdraví je potlačována.

Dalšími psychickými chorobami je například deprese (viz podkapitola 4.3) nebo chronický únavový syndrom (viz podkapitola 4.1). Psychika dokáže ovlivnit naše zdraví ve velké míře, je proto nezbytné se snažit udržovat určitou psychickou rovnováhu. Raboch a kol. (2001) definuje depresi jako jednu z nejrozšířenější civilizační choroby. Postihuje až 10 % obyvatelstva, často ji však nemocní řeší s odborníky, a to formou terapií nebo užíváním léků, které lékař předepíše. Nyní přejdeme k únavovému syndromu.

4.1 Chronický únavový syndrom

Jedná se o chorobný stav multidisciplinární povahy, která zahrnuje klinickou imunologii, neurologii, revmatologii, endokrinologii, gynekologii, psychologii a psychiatrii. (Nouza, 2000) Chronický únavový syndrom je choroba, která se projevuje symptomy jako jsou bolesti hlavy, svalů, kloubů, extrémní, přetrvávající únava, silné vyčerpání, zvýšená teplota, oslabená schopnost koncentrace a tak dále (Železný, 1996).

Lidé postižení chronickým únavovým syndromem se cítí neúměrně unaveni, vyčerpání, nic do nich není a velkou část svého času chodí od doktora k doktorovi, aniž by jim to přineslo úlevu (Železný, 1996).

Kritéria pro diagnózu

Pro chronický únavový syndrom je vždy přítomna výrazná únava nebo silná vyčerpanost. Tento příznak je také příčinou názvu choroby. Únava je bezmezná a nelze ji srovnávat s žádnými předchozími stavy slabosti nebo vyčerpání. Nabourává běžný denní režim nemocného, dokonce i ty nejjednodušší úkony se stávají nepřekonatelnou překážkou. Pro lepší představu této choroby uvádím příklad Petra H.: *„Od svých osmnácti let se cítím neustále unavený a malátný. Lékaři mi tvrdili, že jde o běžnou únavu. Často večer usínám u televize a někdy i na mejdanu. Potom jsem zase docela fit. Přátelé si ze mě kvůli tomu utahují. Ve dne ustavičně bojuji se spánkem. V čekárně, u holiče nebo za psacím stolem bych mohl klimbat pořád. Po delší jízdě autem mívám pocit, že jsem vyspalý, protože jsem řídil zjevně v jakémsi transu. Pravidelně potřebuji deset až dvanáct hodin spánku. Pokud spím méně, bývám potom celé dny unavený. Snažil jsem se proti únavě bojovat různými způsoby, ale většinou jsem byl vyčerpaný ještě víc. Nedávno jsem dokonce málem usnul, když jsem hrál tenis“* (Železný, 1996, s.47).

Nemocní často udávají širokou škálu příznaků, jejichž intenzita se může velmi lišit. Jak jsem už uvedla výše, postižen bývá ale zpravidla pohybový aparát, trávení, oběhový systém, dýchání, imunita, nervová soustava a psychika. Příznaky onemocnění se dají řadit do určitých skupin dle jejich intenzity a povahy. Rozlišujeme tak osm skupin podle různých příznaků, které uvedu níže. Každá skupina obsahuje mnohem více variant různých příznaků, uvádím tedy ty nejobvyklejší: (dle Zdraví euro, 2009)

1. Hluboká mentální a fyzická vyčerpanost, svalová slabost.
2. Bolest svalů, celková nepohoda, bolesti kloubů, ranní ztuhlost, bolestivý zrychlený tep, bolestivé mizní uzliny, syndrom dráždivého tračníku.
3. Zapomnětlivost, zmatenost, poruchy soustředění, poruchy řeči, ztížené chápání.
4. Přecitlivělost na světlo, chemická přecitlivělost na složky léků, potravin.
5. Porušené vnímání teploty, zimnice, pocení.
6. Narušený spánek, živé sny, vyčerpávající nespavost.
7. Psychické problémy, citová nevyrovnanost, citové vyhasnutí, podrážděnost, deprese. Poruchy autonomního nervstva, závratě, snížená funkce štítné žlázy, nízká hladina testosteronu (Zdraví euro, 2009).

Léčba

S léčbou lze začít tehdy, jestliže četnými speciálními vyšetřeními zjistíme existenci chronického únavového syndromu nebo již následné nemoci. Poté se na základě nálezů a zdravotního stavu sestaví vhodná terapeutická koncepce, jenž co nejpříměji směřuje na příčinu poruchy. Studie týkající se imunitního systému jsou neustále obnovovány a inovovány, díky čemuž máme možnost využití co nejefektivnější léčby. Je tedy potvrzena diagnóza chronického únavového syndromu, mělo by u nemocného dojít k okamžitému přechodu k celkové terapeutické koncepci. V níž rozlišujeme tři hlavní terapie (Železný, 1996)

1. Imunoterapie (imunoglobuliny, interferony, thymus peptidy)
2. Terapie zaměřená na původce (virostatika, antibiotika, antimykotika)
3. Adjuvantní terapie (minerály, vitaminy, stopové prvky)

Imunoterapie je zaměřená na výstavbu imunitního systému, jejím cílem je stimulace obranyschopnosti organismu. Setká-li se organismus s určitým původce, vůči němuž není organismus schopen odolávat přichází na řadu terapie zaměřená na původce. Adjuvantní neboli podporná terapie je zaměřená na přísun či doplnění chybějících minerálů, stopových prvků a vitaminů. Často se setkáváme s nedostatkem selenu, mědi, zinku, hořčíku výjimečně vápníku (Železný, 1996)

4.2 Poruchy příjmu potravy

Mentální anorexii a bulimii řadíme do takzvaných poruch příjmu potravy. Obě poruchy jsou si velmi podobné. Jejich hlavním společným znakem je intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti, které je spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje. Také strach z tloušťky a nadměrné zaměření je typické pro obě z těchto poruch. Hlavní znak, který je odlišuje je především průběh choroby (Krch, 2002). V následujících řádcích uvedu odlišnosti mezi těmito chorobami.

4.2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je dle Krcha (2003a) charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorekticky tedy neodmítají jídlo, jen proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají. Nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je následně důsledkem hladovění. (Krch, 2003a) Stručněji se tedy jedná se tedy o omezování příjmu potravy až po úplné odmítání jídla, kde je motivem abnormální snaha zhubnout (Leibold, 1995).

Rizikové faktory

Rizikových faktorů podporujících rozvoj anorexie je v dnešním světě mnoho. Jedním z nejrozsáhlejších faktorů je především tlak médií, která nám podbízí ideál krásy. A tím je přehnaná štíhlost, která je často povrchně spojována se zdravím. Také poměrně hlasitá skandalizace obezity, která je naopak spojována s leností, ošklivostí a zdravotními problémy. Zároveň vysoký důraz na konformitu, kdy společnost uznává podobné až stejné hodnoty a nechce se lišit. Tudíž tolerance k různorodosti je velmi nízká. Přehnaná orientace na vnější vzhled, na to, jak kdo vypadá. Dále velmi často hraje důležitou roli rodina, kde se může vyskytnout soutěživost mezi sourozenci. Nebo obezita v rodině, nevhodné jídelní návyky mohou být jedním z důležitých rizikových faktorů (Leibold, 1995).

Typy a průběh anorexie

Garner (1993) rozlišuje dle průběhu epizod dva různé typy anorexie. Prvním z nich je nebulimistický (restriktivní), při němž během epizody mentální anorexie nedochází k opakovaným záchvatům přejídání. Druhým je bulimistický (purgativní) typ, pro který jsou naopak charakteristické opakované záchvaty přejídání (Garner, 1993).

Léčba

Léčba anorexie závisí především na tom, jak dlouho chorobná závislost trvala, než se pacient dostal k lékaři. Všechny těžké následky je nezbytné léčit v nemocnici. Samozřejmě správná výživa je základem pro započetí léčby, avšak mnoho lidí si jí představuje jako „výkrmnou kúru“, kdy pacient musí dohnat to, co za poslední dobu ztratil. Při takovém postupu by zlehka mohlo dojít k vážným tělesným i psychickým problémům. Všechny léčebné postupy předepisuje odborník, který zároveň neustále sleduje průběh onemocnění (Leibold, 1995).

4.2.2 Bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti“ (Krch, 2003b).

Klinické příznaky

Příznaky mentální bulimie jsou mnohem více skryté než u mentální anorexie. Osoby trpící mentální anorexií jsou na první pohled výrazně vyhublé, naopak u bulimie není štíhlost vždy podmínkou. I proto se osobám s mentální bulimií daří svou nemoc dlouho tajit. (Benešová a kol., 2003) U obou nemocí však v žebříčku hodnot převažuje touha po štíhlé postavě nad vlastním zdravím (Papežová, 2003).

Pro mentální bulimii jsou typické pravidelné záchvaty přejídání, po nichž následuje kompenzační chování. I toto chování lze zpozorovat rovněž u mentální anorexie. Zásadní rozdíl mezi anorexií a bulimií, až na vyhublost u anorexie, nelze přesně definovat, vzhledem k tomu, že obě formy onemocnění mohou navzájem přecházet jedna v druhou. Není tedy výjimkou, když pacient trpící anorexií postupně přejde k bulimii, a opačně (Papežová, 2003).

4.2.2.1 Diagnostická kritéria

Krch (2003b) uvádí následující tři kritéria vedoucí k určení diagnózy mentální bulimie:

1. Opakující se epizody přejídání.
2. Opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti.
3. Přítomnost charakteristického a nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost.

Není však podmínkou, splnění všech kritérií pro určení diagnózy mentální bulimie, vzhledem k tomu, že s rostoucím výskytem poruch příjmu potravy roste počet netypických pacientů. A právě tyto nevyhraněné nebo atypické případy mohou mít rovněž závažné psychické a zdravotní obtíže. Následně může dojít i k jejich plnému rozvoji (Krch, 2003b).

Další diagnostickou pomůckou může být výpočet BMI neboli Body Mass Index. Jedná se o číslo používané jako indikátor podváhy, normální tělesné hmotnosti nebo obezity. Umožňuje statistické porovnávání tělesné hmotnosti u lidí s různou výškou. Vydělíme-li svou váhu v kilogramech výškou v metrech na druhou odmocninu, získáme hodnotu, kterou je naše tzv. BMI (Centers for Disease Control and Prevention, 2015).

Také lze vypočítat tzv. BMI Prime, což je poměr osobního BMI k horní hranici BMI normální váhy (Gadzík, 2006).

Následující tabulka 3 znázorňuje hodnoty BMI v porovnání s riziky. Lze pozorovat kolísající zdravotní riziko v závislosti na hodnotě BMI.

Tabulka č.3: Hodnoty BMI. (převzato od Pavla Šulcová, 2014 online)

klasifikace	BMI (kg/m ²)	zdravotní riziko
podvýživa	< 18,5	zvýšené
normální hodnoty	18,5–24,9	minimální
nadváha < 27	< 27	nízké
nadváha > 27	> 27	lehce zvýšené
obezita 1. stupně	30,0–34,9	vysoké
obezita 2. stupně	35,0–39,9	vysoké
obezita 3. stupně	≥ 40,0	velmi vysoké

4.2.2.2 Léčba

V současné době je poskytování široká škála léčebných metod. Různorodost pacientů si vyžaduje i různé metody léčby. Od běžné hospitalizace, přes skupinové terapie až po různé svépomocné příručky. Každému pacientovi tak vyhovuje jiný přístup, proto může i nějakou

dobu trvat, než je zvolen správný postup. U všech případů je však nejdůležitější ochota pacienta spolupracovat a chtít se vyléčit (Krch, 2003b).

Hlavní prioritou při hospitalizaci, která probíhá na specializovaném oddělení je tělesné zdraví pacientů. Je tedy nezbytné zvýšit jejich tělesnou hmotnost. Následně můžeme pokračovat s další léčbou (Claude-Pierre, 2001).

Dalšími typy léčebných metod jsou skupinové terapie nebo svépomocné příručky. Skupinová psychoterapie, je forma psychoterapie, při níž terapeut léčí malou skupinu pacientů společně. Otevřeně je uplatňován skupinový mechanismus vývoje, vysvětlování a zkoušení vnitřních mezilidských vztahů v terapeutické skupině (Montgomery, 2002).

Takové skupiny jsou poskytují důležitou a nezbytnou podporu nemocným i jejich rodinách. Uplatňují se v primární i sekundární prevenci tohoto onemocnění. Svépomocné příručky jsou vhodné zpravidla pro pacienty, kteří nemají závažné příznaky poruch příjmu potravy, ale může u nich různými příčinami dojít k jejich rozvoji (Benešová a kol., 2003).

4.3 Deprese

Psychiatrická problematika, zvláště oblast neurotických a depresivních onemocnění, se řadí mezi velmi závažná onemocnění. Její dopady jsou nejen sociální ale i ekonomické. (Dolina a kol., 2009)

Deprese je velmi závažná psychická porucha, která postihuje až 10 % obyvatelstva, častěji však ženy. Může být provázena dlouhým trváním epizody, vysokou chronicitou a častými návraty onemocnění, také psychosociálním a tělesným narušením (Raboch a kol., 2001).

Příčiny a rizikové faktory

V antickém Řecku byla deprese nazývána melancholií. Podle Hippokrata ji způsoboval nadbytek černé žluči v organismu. Ve středověku pak byla hledána příčina v posedlosti démonů nebo ďáblem. Sigmund Freud naopak tvrdil, že deprese je výsledek potlačení vzteku a zlosti. Další psychiatři naopak vedou teorii, že za depresemi stojí biochemické změny v mozku. Dnešní představa o příčinách deprese je tedy taková, že nejde pouze o působení jedné příčiny, ale společným působením řady různých příčin (Praško a kol., 2010). V následujících řádcích uvedu nejběžnější příčiny vedoucí k depresím.

Dědičné faktory mohou být jednou z příčin vzniku depresí. Nicméně je důležité vědět, že se dědí pouze určitá vlohka k onemocnění, není možné zdědit nemoc jako takovou. Vzhledem k tomu, že určité typy depresí se objevují v určitých typech rodin, je zde možnost přítomnosti vrozené biologické zranitelnosti. Tato pravděpodobnost je nejvíce u maniodepresivní poruchy. Dalšími důležitými faktory jsou stresující prostředí a s ní související stresující zážitky. Také vliv výchovy může v dospělosti vést k rozvoji deprese. Předčasné oddělení od matky, nadměrně kritický výchova či nedostatečná péče a týraní dítěte, nebo naopak i přílišné rozmazlování může být příčinou (Praško a kol., 2010).

Také příliš mnoho změn, které se vymykají běžné rutině v krátkém časovém období mohou být spouštěčem. Různé zátěžové situace jako je ztráta partnera, ztráta důležité role, příchod dítěte do rodiny, nemoci ve stáří atd. Dokonce i drobné situace se kterými se setkáváme dennodenně, mohou v průběhu měsíců či let dojít k první epizodě nemoci. Jak lze vidět, příčin vedoucích ke vzniku depresí je nespočet. Nikdy však nejde o pouhou jednu příčinu, ale jedná se o působení několika příčin najednou (Praško a kol., 2010).

Příznaky

Charakteristickými příznaky deprese je opakování smutných nálad. Intenzita takových nálad může být různorodá. Od lehkých, pouze subjektivních pocitů, po těžké, depresivní epizody, které jsou patrné i objektivně. Také nízké sebevědomí, beznaděj, pocity viny, pesimismus a úzkost, to je vše spadá do příznaků deprese. Často lidé trpící depresi vykazují sníženou pracovní výkonnost, ztrátu energie a zájmu. Nedokáží prožívat radost. Mají zpomalené mentální pochody. Postupně dochází k poruchám spánku, typické je i ranní nedospávání. Snížená chuť k jídlu, která vede k redukci hmotnosti. V neposlední řadě také tzv. ranní pesima. Ranní pesima znamenají, že deprese je nejhorší právě ráno (Anders, 2006).

Léčba

Léčba a její způsob je ovlivňován především intenzitou depresivní poruchy a počtem epizod, které pacient prodělal. Léčbu lze rozdělit na biologickou a nebiologickou. Biologickou dále dělíme na farmakologickou a nefarmakologickou. Nebiologickou léčbu pak na psychoterapii a psychoedukaci. Léčba deprese je zpravidla „běh na dlouhou trať“. Bývá dlouhodobá, často velmi obtížná, na druhou stranu neléčená deprese může vést ke snížení kvality života (Anders, 2006).

Pro farmakologickou léčbu jsou nejtypičtější antidepresiva. Ty kromě depresivních stavů účinkují i na panickou úzkost, poruchy spánku a další stresové poruchy. Antidepresiva bývají řešením pro lidi, kteří trpí hlubokou depresí, u lehkých stavů by se měli nasadit až poté, co selžou ostatní metody. Těmi je například psychoterapie, úprava životních podmínek a samotná práce na sobě (Peterková, In: Psychoweb, 2000).

K úpravě narušené rovnováhy na postižených místech dochází po 3–6 týdnech (Praško a kol. 2010).

Nefarmakologická léčba obsahuje široké spektrum různých metod, které mají vést k léčbě deprese. Jako jednu z nich bych uvedla fototerapii, která spočívá v léčbě ostrým světlem. *„Člověk v depresi se často cítí velice špatně ráno. Přišlo se na to, že je to mimo jiné kvůli melatoninu, který je jinak fajn a dělá pro nás spoustu užitečné práce. Jenže když ho je moc přes den, cítíme se pod psa. Silným světlem se melatonin zažene z nervových spojů do spíže,*

kde čeká zase na večer, a povzbudí se také tvorba serotoninu, který nám pomáhá s pocitem klidu a pohody“ (Praško a kol., 2011, s. 473).

Vymětal (2003) uvádí, že psychoterapie je nejen léčbou, tedy sekundární prevencí, ale zároveň i primární a terciární prevencí poruch zdraví. Je uskutečňována výhradně prostřednictvím psychologických prostředků, a to prostředky komunikační a vztahové povahy. Informace o podstatě a vlivu depresivní poruchy pak podává pacientům psychoedukace. Ta se snaží vybudovat spolupráci a důvěru nejen mezi terapeutem a pacientem, ale i v rámci rodiny. Také může pomoci ve zlepšení komunikace mezi členy rodiny (Vymětal, 2003).

4.4 Zneužívání dětí a adolescentů – syndrom CAN

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte není v ČR příliš znám pod tímto pojmem, což potvrdil i prováděný výzkum. CAN je Dunovským (1995) přesně definován jako „*Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, obecně označovaný v anglosaské literatuře jako Child Abuse and Neglect (CAN) a odtud převzatý i do naší terminologie, je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte*“ (Dunovský, 1995, s. 7).

Jedná se tedy o soubor negativních důsledků, které pramení z nedostatečné péče či špatného zacházení (Dunovský a kol., 1995).

Hartl (2004) definuje syndrom CAN označení pro vědomé nebo nevědomé zneužívání, týrání nebo zanedbávání dítěte, jehož se dopouští dospělý, vychovatel, rodič nebo jiná osoba. Následkem takového jednání dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte (Hartl, 2004).

Rizikové faktory

Rizikovými faktory, které mohou vést k rozvoji syndromu jsou lidé s patologickým vývojem osobnosti, lidé závislí na alkoholu či drogách, lidé, kteří byli sami v dětství zanedbáváni nebo týráni. Lidé nedostatečně motivováni pro rodičovství, lidé s neobvyklým životním stylem atd. Ovšem nic z toho není podmínkou, k rozvoji může dojít i ve funkční rodině, kde vlivem určité události došlo k narušení rovnováhy. Rozvoj syndromu CAN záleží na mnoha faktorech. Často probíhá zpočátku pasivní formou a postupně se přenáší do formy aktivní. Není však výjimkou, že může být hned v začátku přenesen do formy aktivní. Co se týče rozvoje dítěte, dochází k útlaku. Dítě se často nechce svěřit, stydí se, má strach. Může se začít vyhýbat okolí, přičemž dochází ke zpomalení i socializačního procesu. Nerozvíjí se po všech stránkách tak, jak by mělo, stimulace ani podněty ze strany rodičů nepřichází (Zkola.cz, 2007).

Aktivní a pasivní forma syndromu CAN

Syndrom CAN se může projevit aktivní i pasivní formou. Pasivní formy bývají mnohdy přehlížené, na rozdíl od forem aktivních, které lze snáze rozpoznat. Projevy obou forem se pokusím nastínit pomocí následující tabulky 4 (Dunovský a kol., 1995).

Tabulka č.4 – Aktivní a pasivní forma syndromu CAN (převzato od Dunovský a kol., 1995, s. 10).

	<i>Aktivní</i>	<i>Pasivní</i>
<i>Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání</i>	Tržné rány, bití, zlomeniny, krvácení, dušení, otrávení, smrt	Neprospívání, vyhladovění, nedostatky v bydlení, ošacení, ve zdravotní a výchovné péči
<i>Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání</i>	Nadávky, ponižování, strašení, stres, šikana, agrese	Nedostatek podnětů, zanedbanost duševní i citová
<i>Sexuální zneužívání</i>	Sexuální hry, pohlavní zneužití, ohmatávání, manipulace v oblasti erotogenních zón, znásilnění, incest	Exhibice, video, foto, audiopornografie, zahrnutí dětí do sexuálních aktivit dospělých
<i>Zvláštní formy:</i> systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání		

Následky syndromu CAN

Dítě poznamenané syndromem CAN bude s největší pravděpodobností v budoucnu velmi citlivé na jakýkoliv nátlak, stres. Zafixovaná zkušenost s ponižujícím statutem týraného

dítěte, nízké sebehodnocení, slabší sebedůvěra a nedostatek sebeúcty mohou přetrvávat i v pozdní dospělosti. Oběti týraní mají i v tomto věku pocit vlastní bezvýznamnosti, spojený s ochotou akceptovat horší sociální pozici i nespravedlivé nízké ocenění. Zvykli si na ně a přijali je jako definitivní. Zkušenost s týráním vedla ke ztrátě schopnosti přiměřené sociální orientace, často mívají potíže v mezilidských vztazích. Ztráta důvěry k lidem se projeví negativním očekáváním, které může vést k potřebě izolace nebo k submisivnímu chování, kterého můžou druzí využívat. Naopak se zkušenost s týráním může projevit i opačnou reakcí. Ta se projeví zvýšenou bezohledností a agresivitou k světu, jemuž nelze důvěřovat. Zde vzniká riziko, že jedinec se může naučit používat stejné strategie, jaké zažil sám na sobě. Sklon k agresivnímu chování může přetrvávat až do dospělosti (Dunovský a kol., 1995).

5 Výzkumné šetření

Kapitola výzkumné šetření popisuje cíl výzkumného šetření a metodiku realizovaného výzkumu, dále výzkumný vzorek, charakteristiku výzkumného vzorku, a v poslední řadě vyhodnocení a závěry výzkumného šetření.

5.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem mého výzkumného šetření je zjistit, zda a jaké civilizační choroby nejčastěji respondenti prodělali a jaké civilizační choroby považují za nejzávažnější.

Cíl je specifikován pomocí dvou výzkumných otázek (VO1 a VO2):

VO1: Které civilizační choroby nejčastěji prodělali/prodělávají obyvatelé Nymburka?

VO2: Které civilizační choroby jsou podle obyvatel Nymburka z hlediska zdraví nejzávažnější?

5.2 Metodika výzkumného šetření

Výzkum probíhal prostřednictvím dotazníkového šetření v Nymburce. Jednalo se o anonymní vyplnění dotazníku a respondenti byli předem informováni, jak bude se získanými daty dále naloženo. Dotazník jsem rozdávala osobně.

Nejprve jsem si stanovila cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky. Dále jsem se zaměřila na cílovou skupinu, základní a výběrový soubor, pro který jsem se snažila vytvořit smysluplný, snadno pochopitelný dotazník, který korespondoval s vytyčenými cíli a výzkumnými otázkami týkajícími se výzkumu. Po vyplnění všech dotazníků jsem dotazníky segregovala a vyhodnocovala.

Charakteristika respondentů

Jak již bylo zmíněno výzkum probíhal v Nymburce mezi respondenty ve věku 20 až 60 let. Dotazník vyplnilo celkem 28 žen a 32 mužů v různých věkových kategoriích viz graf č.1.

Respondenti byli vybíráni šířením dotazníku zpravidla náhodným výběrem obyvatelům Nymburka, pouze se snahou o podobný počet mužů a žen. Vzhledem k tomu, že byl dotazník zadáván osobně, vždy jsem se předem informovala, zda je respondent obyvatelem Nymburka. Dotazování bylo zcela anonymní pro zachování identity respondentů.

Výzkumný nástroj

Výzkumným nástrojem byl dotazník obsahující celkem čtyři otázky, z toho tři otázky uzavřené a jednu otevřenou. (viz. příloha č.1)

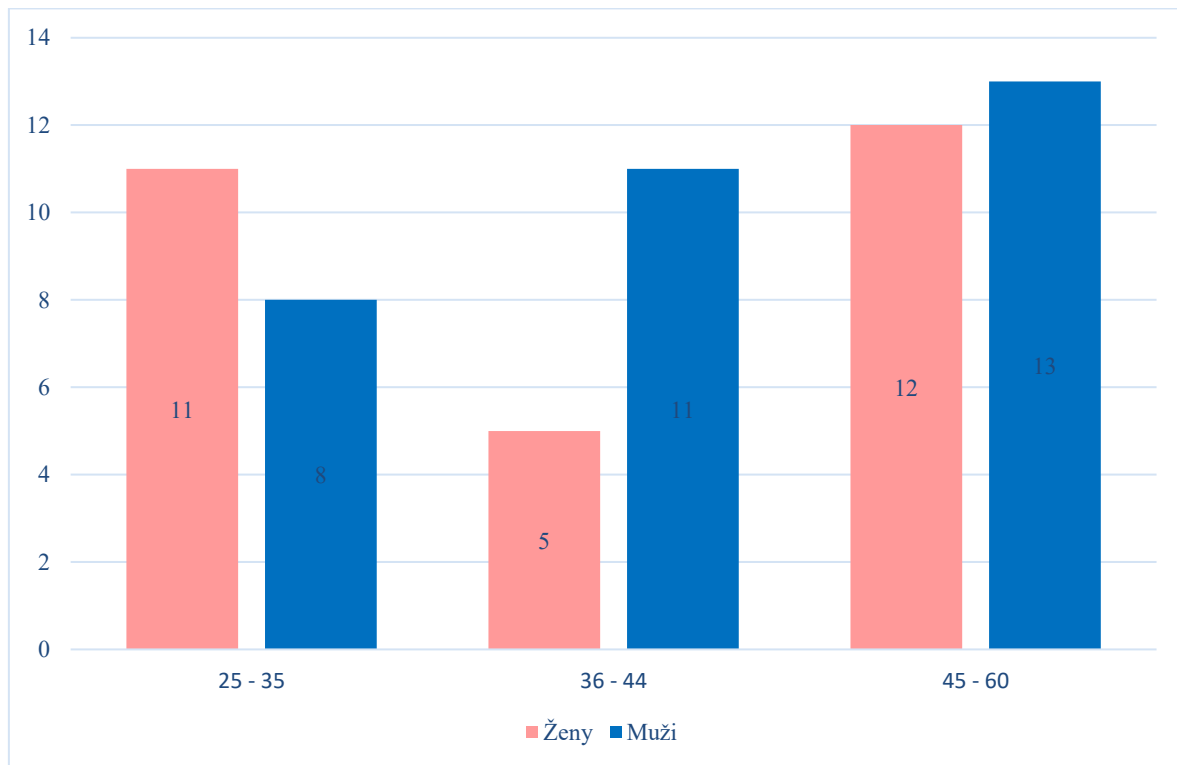
V úvodu dotazníku bylo zjišťováno pohlaví a věk respondentů. Poté následovaly další dvě otázky, které odpovídají na výše uvedené výzkumné otázky.

Vyhodnocení dat

Data jsem vyhodnocovala pomocí aplikace excel. Grafy jsem vytvářela ve stejné aplikaci.

5.3 Výsledky výzkumného šetření

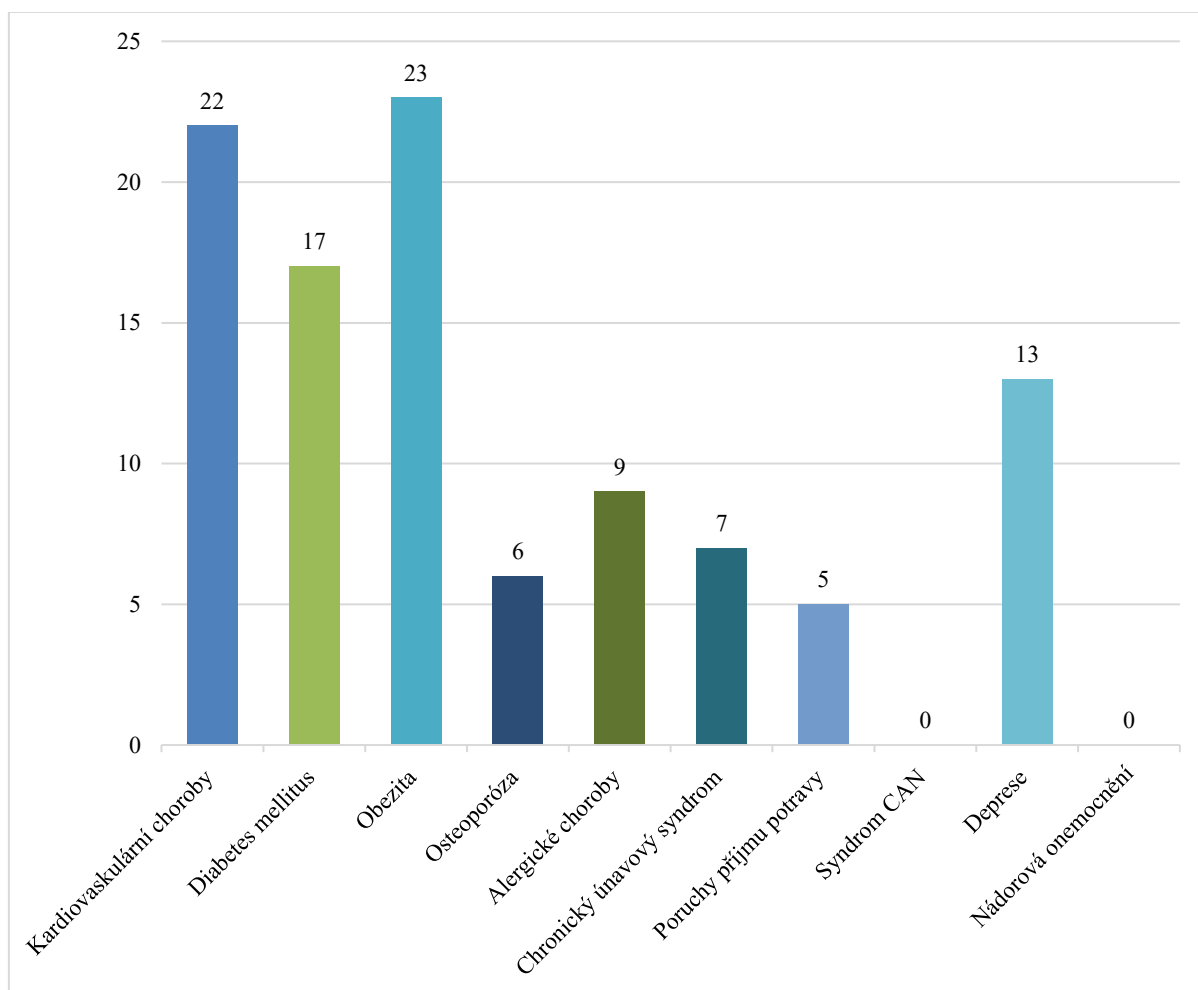
Otázka č. 1:



Graf č. 1: Poměr žen a mužů v souvislosti s věkovými kategoriemi v reálných číslech.

Z grafu č.1 vyplývá, že rozložení respondentů na muže a ženy bylo poměrně vyrovnané. Nejvíce dotazovanou věkovou kategorií byla v rozmezí let 45-60, poté nejmladší věková kategorie (25-35 let). Nejméně respondentů bylo ve věku 36-44 let.

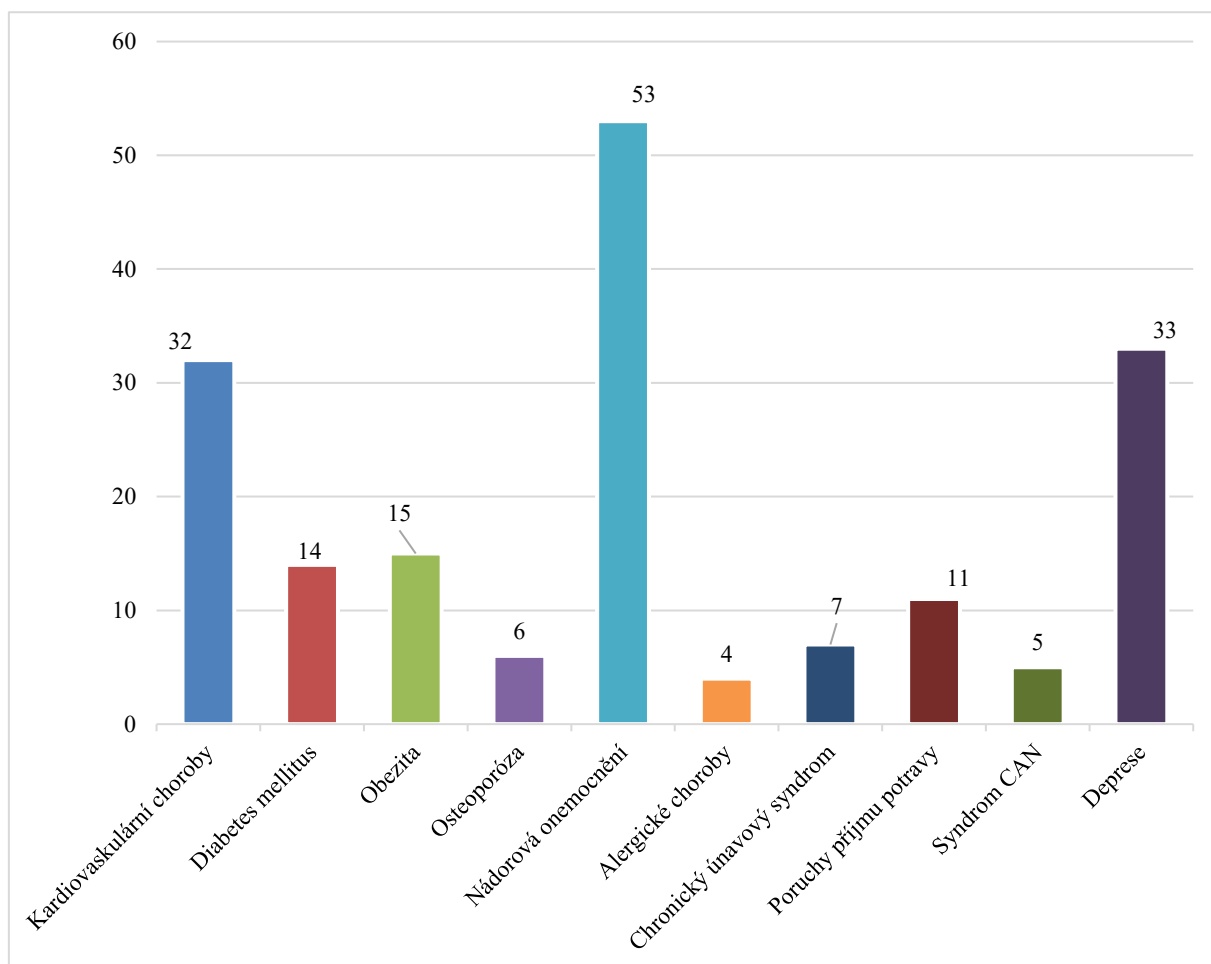
VO1: Které civilizační choroby nejčastěji prodělali/prodělávají obyvatelé Nymburka?



Graf č. 2: Prodělané/prodělávané civilizační choroby respondentů v %.

Výzkumná otázka č.1 byla zaměřena na choroby, které respondenti nejčastěji prodělali nebo prodělávají. Z grafu vyplývá (viz graf č. 2), že mezi nejčastější civilizační choroby se řadí obezita a kardiovaskulární choroby. Dále s obezitou související diabetes mellitus, který uvedlo až 17 %respondentů. Následně další velmi často uváděnou nemocí je deprese. Celkem 23 % respondentů uvedlo, že již toto onemocnění prodělali nebo jej prodělávají. Zbýlé uvedené civilizační choroby (osteoporóza, nádorová onemocnění, alergické choroby a poruchy příjmu potravy) byly uvedeny přibližně stejným počtem respondentů, jak vyplývá z grafu 2 a řadí se tedy mezi méně časté.

VO2: Které civilizační choroby jsou podle obyvatel Nymburka z hlediska zdraví nejzávažnější?



Graf č. 3: Nejzávažnější choroby dle respondentů v %.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaké jsou podle respondentů nejzávažnější civilizační choroby. Téměř 100 % dotazovaných uvedlo nádorová onemocnění. Kardiovaskulární choroby a deprese byly druhou nejčastěji uváděnou chorobou. Obezitu a diabetes mellitus uvedlo zhruba 14 % respondentů. Chronický únavový syndrom, poruchy příjmu potravy, syndrom CAN a osteoporózu uváděli respondenti méně, oproti zmíněným ostatním chorobám. Zároveň nejméně uváděnou nemocí jsou alergické choroby.

Tabulka č.5: Rozdíl v mínění o závažnosti chorob respondentů (rozděleno dle pohlaví) a uvedeno v reálných číslech.

Onemocnění	Ženy	Muži
Kardiovaskulární	15	17
Osteoporóza	4	2
Chronický únavový syndrom	4	3
Deprese	17	16
Diabetes mellitus	6	8
Nádorová onemocnění	22	31
Poruchy příjmu potravy	7	4
Obezita	5	10
Alergické choroby	1	3
Syndrom CAN	3	2

Zdroj: Autorka práce, vlastní šetření, 2018

Na základě výzkumného šetření, kdy jsme se dotazovali na mínění o míře závažnosti civilizačních chorob jsme se dozvěděli následující skutečnosti. Muži i ženy si myslí, nádorová onemocnění jsou nejzávažnější civilizační chorobou, a to v poměrném množství, vzhledem k poměru respondentů z hlediska pohlaví. Jako druhou nejzávažnější civilizační chorobu označují ženy depresi, a muži kardiovaskulární onemocnění. Nejlehčí formou civilizačních chorob je podle žen alergie, zatímco podle mužů je to syndrom CAN a osteoporóza-

6 Diskuze

Ve výzkumném šetření jsem se zajímala o to, jaké nemoci obyvatelé Nymburka prodělali nebo prodělávají. Zjistilo se, že všichni respondenti během svého života prodělali nebo prodělávají nějakou z vybraných civilizačních chorob a nejčastěji se potýkají s obezitou a kardiovaskulárními chorobami.

Podle Českého statistického úřadu (2015) více jak polovina osob starších 70 let umírá právě následkem kardiovaskulárního onemocnění. V případě osob od 40 do 70 let jsou kardiovaskulární choroby příčinou úmrtí téměř ve třetině případů.

Obezita, která se ve výzkumném šetření nejčastěji prodělávaných chorob dostala na první místo, je podle Mlejnkové (2007) jednou z nejrozšířenějších civilizačních chorob. Velkou příčinu na jejím vzniku nese strava a časté užívání jakýchkoliv léků, které často také zvyšují chuť k jídlu, zejména antidepressiva. Nelze jednoznačně říci, zda je chyba ve snadné přístupnosti k lékům, nebo zda největší vinu na vzniku obezity nese nevhodná strava, přílišný stres, nebo jiné faktory. Alkohol a nevyvážená strava, jak je všeobecně známo, způsobuje přibývání na váze. Zejména vysoký obsah cukrů nebo tuků v jídle přispívá ke zrychlování procesu tloustnutí. Vyvážená, bohatá a odlehčená strava, dostatek fyzické aktivity, zdravá mysl, a další působí pozitivně na fyzickou i duševní stránku osobnosti (Adámková, 2010).

Také deprese by v žádném případě neměly být opomíjeny, ačkoli somatické příznaky jsou v počátečních stádiích nepříliš znatelné. Problematice nejen příčin deprese se blíže věnuje Praško (2010), který zároveň uvádí, že příčina deprese nikdy není pouze jedna, ale vždy se jedná o působení několika příčin najednou. Avšak pro respondenta, který se s psychickým onemocněním nikdy v životě nesetkal, je těžké posoudit která z chorob je závažnější, proto zvolí spíše chorobu, kde člověk trpí fyzicky a příznaky jsou jasně objektivní.

Diabetes mellitus – další choroba, jenž byla uvedena několikrát v obou výzkumných otázkách, zejména pak ve větší míře v první, tedy, jaké civilizační choroby respondenti prodělali/prodělávají. Příčinou mohlo být to, že nejvíce dotazovanou kategorií byli lidé nad 45 let, a jak je známo, diabetem, konkrétně 2. typu dnes trpí mnoho lidí.

Ve výzkumném šetření, při zjišťování, jaká choroba je dle respondentů a zároveň obyvatel Nymburka nejzávažnější, vyšlo jasně najevo, že jsou jimi právě nádorová onemocnění.

Tento výsledek byl dle mého názoru očekávaný. Ztotožňuji se s názorem Žaloudíka (2008), že rakovina je po celý život rizikem nás všech. Také subjektivně zastávám názor, že je velmi obtížné posuzovat hranici mezi psychickým onemocněním a fyzickým. Oboje se může navzájem prolínat a nelze říci, že jedno je pro člověka snesitelnější. Podle Českého statistického úřadu (2015) je nejčastější příčinou úmrtí osob ve věku 40-70 let právě nádorové onemocnění, a to ve více jak třetině případů úmrtí.

Dalo by se dlouze polemizovat nad tím, zdali je pro člověka horší právě nádorové onemocnění nebo například deprese. Respondenti se však přikláněli více kardiovaskulárním chorobám, které skončili hned na druhém místě daleko od mnou zmíněných depresí. Tento výsledek přikládám tomu, že lidé si pod kardiovaskulárními chorobami představí především infarkt nebo třeba mozkovou příhodu, jejíž objektivní příznaky jsou mnohem odstrašující než typické příznaky depresí.

Nicméně ani deprese by v žádném případě neměly být opomíjeny, ačkoli somatické příznaky jsou v počátečních stádiích nepříliš znatelné. Problematice nejen příčin depresí se blíže věnuje Praško (2010), který zároveň uvádí, že příčina depresí nikdy není pouze jedna, ale vždy se jedná o působení několika příčin najednou. Avšak pro respondenta, který se s psychickým onemocněním nikdy v životě nesetkal, je těžké posoudit která z chorob je závažnější, proto zvolí spíše chorobu, kde člověk trpí fyzicky a příznaky jsou jasně objektivní.

Syndrom CAN nebyl zmíněn ani jednou. Do nejzávažnějších chorob jej přiřadilo pouze několik respondentů, přisuzuji to tomu, že málokdo se s tímto pojmem vůbec setkal.

Ve výzkumu jsem se zaměřila také na to, zda muži a ženy mají jasné názory na vážnost jednotlivých civilizačních chorob. Zjistilo se, že vážnost civilizačních chorob vnímají muži i ženy poměrně stejně, úměrně k poměru žen a mužů respondentů. Obě pohlaví se shodla na tom, že nejrizikovější jsou nádorová onemocnění. Avšak se zjistilo, že mnohokrát více mužů vnímá rizika obezity jako závažnější, oproti ženám, což je velmi překvapivé zjištění, jelikož

genderové stereotypy udávají, že nespokojenost s postavou projevují spíše ženy než muži, což se shoduje s i s výzkumem Sancheze-Villegase a kolektivu (2001).

Sanchez-Villegas et al. (2001) ve svém zkoumali spokojenost s postavou mužů a žen v EU. Výzkumu se zúčastnilo přes 15 000 osob, zastoupena byla obě pohlaví poměrně vyrovnaně. Zjistilo se že, osoby podvyživené jsou spokojenější se svou postavou, než respondenti odlišného typu postavy, avšak ženy byly s podvážou spokojenější než muži.

Obezita však není jediným rizikem civilizačních chorob, to však ale respondenti dali ve svém hlasování jasně najevo. Nádorová onemocnění právem obsadila první místo nejobávanějších chorob u obou pohlaví, jak jsem již uvedla výše a jak uvádí Dolina a kol. (2009) během 15 let dochází k neustálému nárůstu výskytu nádorových onemocnění.

Pod pojmem civilizační choroby se spouště lidem vybaví typická, poměrně častá onemocnění typu diabetes mellitus, hypertenze, obezita. Málokdo si však tento pojem dokáže spojit například s nádorovým onemocněním. I taková onemocnění lze již bohužel zařadit mezi civilizační choroby.

Je však otázkou, zda si lidé uvědomují i všechna rizika civilizačních chorob, především pak, že se tato problematika může týkat i jich. Proto je důležité a nezbytné klást důraz na primární prevenci, zejména pak u nádorových onemocnění.

Závěr

Bakalářská práce byla zpracována na téma civilizační choroby. Tento okruh nemocí je nejen v poslední době velmi aktuálním tématem. Za důležitý faktor v mé práci považuji rozdělení na somatické a psychické civilizační choroby. Je důležité seznámit veřejnost o povahové rozdílnosti obou typů chorob, přestože se mohou navzájem prolínat. Cílem mé práce bylo tedy širší obeznámení veřejnosti s pojmem civilizační choroby a zároveň vysvětlení rozdílů mezi psychickými a somatickými chorobami.

Teoretická část je rozdělena do dvou částí. V první V první části se věnuji somatickým civilizačním chorobám. Uvádím zde nejčastější choroby, které pod somatický typ spadají (Kardiovaskulární choroby, Obezita, Diabetes mellitus, Osteoporóza, Nádorová onemocnění, Alergické choroby). Druhá část patří tedy psychickým civilizačním chorobám (Chronický únavový syndrom, Poruchy příjmu potravy, Deprese, Syndrom CAN). V každé části popisuji vybrané choroby z hlediska jejich definice, rozdělení, příznaků, příčin a prevence.

Cílem bakalářské práce tedy bylo představit a charakterizovat základní vybrané civilizační choroby. Výzkumnou částí jsem zjistila, jaké choroby jsou mezi obyvateli Nymburka nejčastěji prodávány a jaké řadí mezi nejzávažnější, čemuž jsem se dále věnovala a rozebrala v diskuzi. Věřím, že práce bude přínosnou nejen pro mě, ale i pro čtenáře, kteří budou mít možnost obohatit své vědomosti v oblasti civilizačních chorob.

Seznam použitých informačních zdrojů

ADAM, Z., VORLÍČEK, J. a spol. (2004). *Obecná onkologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 80-210-3574-9.

ADÁMKOVÁ, V. (2010). *Civilizační choroby – žijeme spolu*. Triton Praha. ISBN 978-80-7387-413.

AKTIVNÍ DIABETIK. (2001). *Vhodná dieta*. Dostupné online: <http://www.aktivnidiabetik.cz/vhodna-dieta-13/> [cit. 2017-11-27].

ALERGIE.CZ. (2017). *Typy alergií a jejich příznaky*. Dostupné online: <http://www.alergie.cz/typy-alergii-a-jejich-priznaky> [cit. 2018-2-18].

ANDERS, M. (2006). *Deprese z různých úhlů pohledu*. Galén Praha. 1. vyd. ISBN 80-7261-421-0.

BENEŠOVÁ, M. a kol. (2003). *Odmaturuj z biologie*. Brno: Didaktis. ISBN 80-86285-67-7

BLAHOŠ, J., & KMOCH, D. M. J. (2002). *Léčba osteoporózy*. Postgraduální medicína, 2, 211-215.

BLAHOŠ, J., & Starý, P. (1997). *Osteoporóza*. Makropulos.

BROULÍK, P. (2009). *Osteoporóza a její léčba*. Praha: Maxdorf, 21.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2015). *About Child & Teen BMI*. Dostupné online: https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html [cit. 2018-04-04].

CLAUDE, P. (2001). *Peggy. Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Praha: Pragma, ISBN: 80-7205-818-5

CORRAZA, V., DAIMLER, R., a kol. (1992) *Kniha o zdraví*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing a. s., ISBN: 80-85605-07-4.

ČERMÁK, P. *Zdravé hubnutí bez rizika*. 1. vyd. Praha: COPYRIGHT MOBIL MEDIA a.s., 2002, ISBN: 80-86593-09-6.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2015). *Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2005 až 2014*. Dostupné online: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2005-2014>, [cit. 2018-07-01]

DANCHIN, N., CUZIN, E. (2006). *Srdeční infarkt: Jak mu předcházet a jak se s ním vyrovnat*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-077-1.

DOLINA a kol., (2009). *Civilizace a nemoci*. 1. vyd. Praha: Futura, ISBN: 978-80-86844-53-4

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. (1995) *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing.

GANZIK, J. (2006): "'How much should I weigh?' Quetelet's equation, upper weight limits, and BMI prime". *Connecticut Medicine* **70** (2): 81–8. PMID 16768059

GARNER, D.M. (2005). *Přehled léčby poruch příjmu potravy*. In: Krch, F.D. (Ed.): *Poruchy příjmu potravy*. Vydání 2. Praha, Grada, 256 s.

HARTL, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, ISBN 80-7178-803-1.

JUNGWIRTHOVÁ, Z., PhDr. NOVOTNÁ, a kol. (2005) *Domácí lékař*. 2.vyd. Praha: Práh, 2005. ISBN 80-7252-057-1.

KRCH, F. (2003a). *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, F. (2003b). *Mentální anorexie*. Praha: Portál, ISBN 80-7178-598-9.

LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK ONLINE. (2018). *Somatická choroba*. Dostupné online: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/somaticka-choroba> [cit. 2018-06-27].

- LIDOVKY.CZ (2017). In: (LPZ; Národní zdravotní informační systém, 2004-2015). *Čechy mezi 40 a 70 lety nejvíc zabíjí rakovina, nemoci srdce už nejsou největší hrozba*. Dostupné online: https://www.lidovky.cz/lidi-ve-veku-40-70-let-nejvic-zabiji-rakovina-nemoci-srdce-uz-neplati-za-nejvetsiho-strasaka-g77-/zpravy-domov.aspx?c=A170403_151851_ln_domov_sk [cit. 2018-06-27].
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. (2014). *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Dostupné online: http://szu.cz/uploads/documents/czzp/aktuality/Cesi_ziji_dele_ale_trapi_je_civilizacni_nemoci/Zprava_o_zdravi_obyvatel_CR_.pdf [cit. 2018-06-27].
- MLČOCH, Z. (2008). *Vertebrogenní algický syndrom*. *Medicína pro praxi*, 5(11), 437-439.
- MONTGOMERY, C. (2002). *Role of dynamic group therapy in psychiatry Advances in Psychiatric Treatment*, 8(1): 34–41
- MLEJNKOVÁ, V. (2007). *Obezita a nadváha* (Bakalářská práce. Brno: AF MZLU
- NĚMCOVÁ, J., & KORSA, J. (2008). *Komplexní léčba a prevence osteoporózy–postavení a význam pohybové aktivity a léčebné rehabilitace*. *Medicína pro praxi*, 5(4), 165-168.
- PAPEŽOVÁ, H. (2003). *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, ISBN 80-85121-81-6.
- PETERKOVÁ, M., In: Psychoweb. (2010). *Léčba deprese – antidepressiva*. Dostupné online: <http://www.deprese.psychoweb.cz/deprese-uvod/lecba-deprese-antidepressiva> [cit. 2018-4-4].
- PRAŠKO, J., BULIKOVÁ, B., & Sigmundová, Z. (2010). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Galén.
- PRAŠKO, J. a kol. (2011). *Fototerapie – léčba jasným světlem*. Olomouc: Klinika psychiatrie (FN a LF UP). Dostupné online: <https://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/08.pdf> [cit. 2018-06-27].
- RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. a kol. (2001). *Psychiatrie*. Galén, ISBN 80-7262-140-8.

ROIK, R. (2008). *Choroby cywilizacyjne*. Gliwice: Internetowe Wydawnictwo Złote Myśli sp. z o.o.

SANCHEZ-VILLEGAS, A., et al. (2001). *Perception of body image as indicator of weight status in the European union*. J Hum Nutr Diet, Apr. 14(2), no. 4. Dostupné online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11330266>, [cit. 2018-07-09].

SANTOS, M.; FONSECA, J. J. E. (2009). *Metabolic syndrome, inflammation and atherosclerosis-the role of adipokines in health and in systemic inflammatory rheumatic diseases*. Acta Reumatol Port, 34, (4), s. 590-598

SPENCE, J. David. (2008). *Mozková mrtvice. Prevence, výživová doporučení, recepty*. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-058-4.

STEFAJIR.CZ (2009). *Medicína, nemoci, studium na I. LF UK*. Dostupné online: <http://www.stefajir.cz/?q=cukrovka-2-typu> [cit. 2017-11-27].

STEFAJIR.CZ (2009). *Medicína, nemoci, studium na I. LF UK*: Dostupné online: <http://www.stefajir.cz/?q=rakovina> [cit. 2017-11-27].

SVAČINA, Š., SOUČEK, M., a kol. (2011). *Metabolický syndrom. Nové postupy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4092-8.

SVĚT ZDRAVÍ. (2017). Dostupné online: <https://www.svet-zdravi.cz/clanky/gynoidni-versus-androidni-obezita> [cit. 2018-4-15].

ŠAŠINKA, M., ŠAGÁT, T., KOVÁCS, L.(2007). *Pediatrics*. Herba. ISBN 978-80-89171-49-1.

ŠTROBLÍKOVÁ, P. (2010). *Kvalita života osob s diabetes mellitus závislých na inzulinoterapii* (Diplomová práce). Olomouc: PdF UP.

ŠULCOVÁ, P. (2014). *BODY MASS INDEX (BMI)*. Dostupné online: <http://www.pavla-sulcova.cz/homepage/bmi> [cit. 2018-6-26].

TOMEK, A. (2012). *Neurointenzivní péče*. Praha: Mladá Fronta. ISBN 978-80-204-2659-8.

VAŠÁTKO, T. (2009). *Změny kostní hmoty u vybraných endokrinních chorob* (Disertační práce). Praha: LF Hradec Králové

VESELÝ, J. (2012). *Rizikové faktory a komplexní (civilizační nemoci)*. Olomouc: Univerzita palackého. <http://pfyziolklin.upol.cz/?p=3212> [cit. 2018-6-26].

VITALION (2011). Dostupné online: <https://nemoci.vitalion.cz/cevní-mozková-prihoda/> [cit. 2018-2-17].

VITALION (2011). Dostupné online: <https://nemoci.vitalion.cz/infarkt-myokardu/> [cit. 2018-2-17].

VYMĚTAL, J. (2003). *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, Psychoterapie, s. 301. ISBN 80-7178-740-X.

ZAKUŤANSKÁ, H. (2015). *Povědomí o civilizačních chorobách*. Bakalářská práce. Vysoká škola regionálního rozvoje a Bankovní institut – AMBIS.

ZDRAVÍ EURO. (2009). *Chronický únavový syndrom*. Dostupné online: <https://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/chronicky-unavovy-syndrom-448328> [cit. 2018-2-18]

ZEMAN, D. (2004). Obezita. *Praktická gynekologie*, 2. s. 30-33.

ZKOLA.CZ. (2007). *Syndrom CAN*. Dostupné online: <https://www.zkola.cz/rodice/socpatologjevy/tyraniazneuzivani/Stranky/Syndrom-CAN---Definice-a-rizikové-faktory.aspx> [cit. 2018-3-31].

ŽALOUDÍK, J. (2008). *Vyhnete se rakovině*. Grada Publishing as., s.13-14

Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník

Dobrý den, obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro výzkumné šetření mé bakalářské práce na téma „Civilizační choroby“. Tento dotazník je anonymní, prosím o jeho vyplnění a předem děkuji.

1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Věk

- a) 20–35
- b) 36–44
- c) 45–60

3. Označte, zda jste osobně prodělali nebo proděláváte nějaké z níže uvedených civilizačních chorob.

- a) Kardiovaskulární choroba (*hypertenze, infarkt myokardu, náhlá mozková příhoda, metabolický syndrom*)
- b) Diabetes mellitus (*I. nebo II. typu*)
- c) Obezita
- d) Osteoporóza
- e) Nádorová onemocnění
- f) Alergické choroby
- g) Chronický únavový syndrom
- h) Poruchy příjmu potravy (*anorexie, bulimie*)
- i) Syndrom CAN (*syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte*)
- j) Deprese

4. Vypište z výše uvedených civilizačních chorob 3, které jsou dle Vašeho názoru z hlediska zdraví nejzávažnější.

- a) _____
- b) _____
- c) _____